

福岡県結核・感染症発生動向調査事業資料集
令和 6 年（2024年）

令和 7 年 3 月

福岡県結核・感染症発生動向調査委員会

序

令和6年は新型コロナウイルス感染症の本格的流行が始まって5年目になりました。令和4年12月9日に公布された改正感染症法により、令和5年5月8日に五類感染症に変更、令和6年4月1日にはコロナ特例措置が廃止され通常の医療体制へ移行、またワクチンも特別臨時接種から定期接種B類疾病に変更されました。令和6年中にも2度の流行がありましたが、一般にはインフルエンザ並の感染症との考えが強まり、いよいよウィズコロナからアフターコロナへ向かっています。

コロナ以外の感染症では、マイコプラズマ肺炎が流行しました。令和元年から2年に小さな流行がありましたが、大きな流行は平成28年から8年ぶりでした。手足口病も過去10年間では最大の流行で、春から夏にコクサッキーA6型、秋から冬にA16型と2種類のウイルスが時期を異にして流行しました。伝染性紅斑は令和元年から流行がありませんでしたが、令和6年後半から報告数が増えてきており流行の兆しがみられます。なお、原因が多岐にわたる急性呼吸器感染症に関して、患者数や病原体を集計し、新興・再興感染症の発生を迅速に探知する目的で、令和7年4月1日からARIサーベイランスが開始されるため、令和6年度の研修会では、特別講演を「急性呼吸器感染症（ARI）サーベイランスについて」の演題で、厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課課長荒木裕人先生に依頼しました。令和3年度からはハイブリッド方式で開催していましたが、今年度は実参加のみとしました。

令和6年は、元日の震度7の能登半島地震、翌2日の羽田空港地上衝突事故と大災害で始まり、その後も夏の平均気温が過去最高の猛暑、能登半島地震被災地での大雨、台風10号の九州横断での大雨による災害などがありました。「紅麹」サプリによる健康被害、闇バイト強盗多発では人的被害もでました。世界を見ると、令和4年2月24日に始まったロシアのウクライナ侵攻、令和5年10月7日に始まったイスラエルとハマスの軍事衝突が現在も続き、多くの命が奪われ続けています。

一方で喜ばしい事として、令和6年10月12日に日本被団協（日本原水爆被害者団体協議会）のノーベル賞受賞が決まりました。大谷翔平選手のメジャーリーグ初の50-50（50本塁打と50盗塁）達成、2年連続・3回目のMVP受賞、パリ五輪での海外最多メダル45個となるメダルラッシュ、プロ野球福岡ソフトバンクホークスの4年ぶりのリーグ優勝などは誇らしいニュースでした。

本事業は福岡県と福岡県医師会の合同事業として昭和53年（1978年）7月に開始され、全国的にみても長い歴史を持っています。福岡県医師会に委託、運営する方法を継続し、主に発生が多い五類感染症の定点把握対象感染症、福岡県独自のいくつかの疾病、及び結核を中心に情報収集・解析を行っています。なお、福岡県感染症発生動向調査では、県独自に定点把握対象感染症としていた百日咳、風しん、麻しん、クラミジア肺炎、梅毒を令和6年1月1日から削除し、性感染症は週単位から月単位の報告へ変更した。また、国が推し進めているサーベイランス新システム（電磁的報告の強化）に従い、令和6年4月1日から国のNESIDへの入力を開始しました。解析結果は週報による還元を基本とし、県医師会等におけるWEBサイトでの情報公開、県医報に掲載の月報、そして本資料集を年報として刊行しています。これらは276の患者定点、39の病原体定点を中心に多数の医療機関の先生方、県庁、県保健環境研究所をはじめ関係各機関の協力で成り立つ事業です。本年の事業資料集は福岡県医師会蓮澤浩明会長の下に行われた活動の令和6年1年間の総括とともに、例年のように一類から五類などの全数把握対象感染症、関連する資料も掲載しています。なお、平成21年9月から資料集の主な内容を県医師会のホームページで閲覧できるようにしました。これらの情報を県民の健康維持と増進のために、県内及び国内の感染症情報、感染症の流行予測、予防接種の問題点の資料として、十分に活用していただくことを願っています。

目 次

I) 事業実施方法

1) 事業一覧表	1
2) 事業フローチャート	2
3) 患者情報フローチャート	3
4) 検査情報フローチャート	4
5) 定点医療機関数の年次推移	5
6) 定点医療機関所在地地図	7

II) 各疾病の動向

1) 全体の概要	11
2) 小児科・内科・眼科感染症の解説と図表	18
1. インフルエンザ〔小児科・内科定点〕	18
2. 新型コロナウイルス感染症〔小児科・内科定点〕	20
3. R S ウイルス感染症〔小児科定点〕	22
4. 咽頭結膜熱〔小児科定点〕	24
5. A群溶血性レンサ球菌咽頭炎〔小児科定点〕	26
6. 感染性胃腸炎〔小児科定点〕	28
7. 水痘〔小児科定点〕	32
8. 手足口病〔小児科定点〕	34
9. 伝染性紅斑〔小児科定点〕	36
10. 突発性発しん〔小児科定点〕	38
11. 百日咳〔5類全数〕	40
12. 風しん〔5類全数〕	42
13. ヘルパンギーナ〔小児科定点〕	44
14. 麻しん〔5類全数〕	46
15. 流行性耳下腺炎〔小児科定点〕	48
16. 川崎病（M C L S）〔小児科定点〕	50
17. 急性脳炎〔小児科定点〕	52
18. 細菌性髄膜炎〔小児科定点〕	54
19. 無菌性髄膜炎〔小児科定点〕	56
20. マイコプラズマ肺炎〔小児科定点〕	58
21. 急性出血性結膜炎〔眼科定点〕	60
22. 流行性角結膜炎〔眼科定点〕	62
3) 基幹定点把握対象感染症の解説と図表	64
1. 細菌性髄膜炎〔基幹定点〕	64
2. 無菌性髄膜炎〔基幹定点〕	66
3. マイコプラズマ肺炎〔基幹定点〕	68
4. クラミジア肺炎（オウム病を除く）〔基幹定点〕	70
5. インフルエンザ（入院）〔基幹定点〕	72

6. 新型コロナウイルス感染症（入院）〔基幹定点〕	74
7. 感染性胃腸炎（ロタウイルス）〔基幹定点〕	76
8. メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症〔基幹定点〕	78
9. ペニシリン耐性肺炎球菌感染症〔基幹定点〕	80
10. 薬剤耐性緑膿菌感染症〔基幹定点〕	82
4) 性感染症（sexually transmitted diseases：S T D）の解説と図表	84
1. 性器クラミジア感染症〔STD定点〕	88
2. 性器ヘルペスウイルス感染症〔STD定点〕	89
3. 尖圭コンジローマ〔STD定点〕	90
4. 淋菌感染症〔STD定点〕	91
5. 梅毒〔5類全数〕	92
5) 結核	94
6) 福岡県における全数把握対象疾病について	98
Ⅲ) 検査情報	
検査情報の解説	101
1) ウイルス編	101
2) 細菌編	114
Ⅳ) 患者報告数情報	
1) 地域別・疾病別年間報告数	115
2) 年齢区分別・疾病別年間報告数	117
3) 週別・疾病別報告数及び定点当たりの報告数	120
4) 性別・疾病別年間報告数および男女比	122
5) 主な疾病の全国発生状況・都道府県別比較（令和6年）	123
6) 各還元形式（週報・月報・福岡県医師会ウェブサイトのサンプルを掲載）	127
Ⅴ) 記 事	
1) 令和6年度福岡県結核・感染症発生動向調査委員会委員名簿	137
2) 令和6年度福岡県結核・感染症発生動向調査研修会	138
3) 令和6年感染症発生動向調査定点観測医療機関名簿	139
Ⅵ) 参考資料	
1) 感染症発生動向調査事業実施要綱	147
2) 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準	154
3) 検査結果コード表（基幹定点通報用）	200
4) 令和6年通知文書一覧	202
Ⅶ) 編集委員	

I) 事業実施方法

1) 事業一覧表

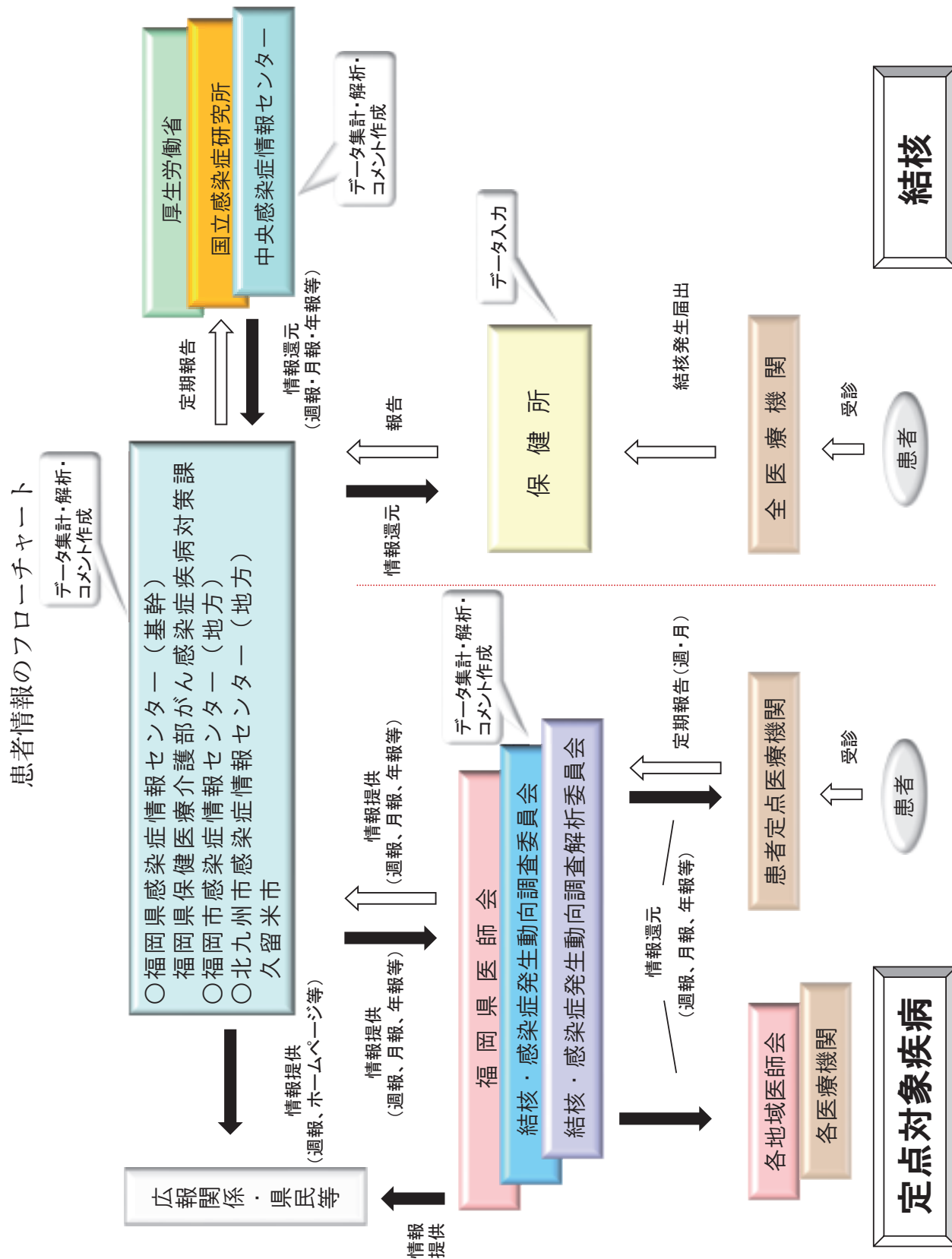
福岡県結核・感染症発生動向調査事業一覧表

区 分		内 容
実 施 主 体		福岡県・北九州市・福岡市・久留米市
実 施 方 法		福岡県医師会に委託
要 綱 ・ 要 領 等		感染症発生動向調査事業実施要綱
委 員 会 の 設 置		結核・感染症発生動向調査委員会(福岡県医師会)
発 生 情 報 及 び 還 元 方 法	対 象 疾 病	インフルエンザ/COVID-19 定点(内科定点+小児科定点):インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症 小児科定点:RS ウイルス感染症、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、感染性胃腸炎、水痘、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、ヘルパンギーナ、流行性耳下腺炎、川崎病(MCLS)、急性脳炎、細菌性髄膜炎、無菌性髄膜炎、マイコプラズマ肺炎 眼科定点:急性出血性結膜炎、流行性角結膜炎 性感染症定点:性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、淋菌感染症 基幹定点:細菌性髄膜炎(インフルエンザ菌、髄膜炎菌、肺炎球菌を原因として同定された場合を除く)、無菌性髄膜炎、マイコプラズマ肺炎、クラミジア肺炎(オウム病を除く)、インフルエンザ(入院)、新型コロナウイルス感染症(入院)、感染性胃腸炎(病原体がロタウイルスであるものに限る)、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症 ※結核は全医療機関からの報告
	情 報 収 集 方 法	定点医療機関から福岡県医師会に報告
	報 告	週報、月報、年報及びホームページ
	定 点 医 療 機 関 数	総数 276 (種別:内科 78、小児科 120、眼科 26、皮膚・泌尿器・産婦人科 37、基幹 15 / ブロック別:北九州 62、福岡 127、筑豊 31、筑後 56 / 管轄別:北九州市 51、福岡市 70、福岡県 155)
	還 元 方 法	医療機関 福岡県 北九州市 福岡市 久留米市 福岡県医師会 保健所 福岡県保健環境研究所 福岡県教育委員会 西日本各県・指定都市 その他 保健所 北九州市保健環境研究所 北九州市立医療センター その他 保健所 福岡市保健環境研究所 福岡市立こども病院 その他 保健所 その他
検 査 及 び 還 元 等	検 査 対 象 疾 病	インフルエンザ、RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、感染性胃腸炎、水痘、手足口病、伝染性紅斑、突発性発しん、ヘルパンギーナ、流行性耳下腺炎、急性出血性結膜炎、流行性角結膜炎、細菌性髄膜炎、無菌性髄膜炎
	検 体 搬 送 方 法	病原体定点 保健福祉(環境)事務所 北九州中央臨床検査センター シー・アール・シー 福岡県保健環境研究所 北九州市保健環境研究所 福岡市保健環境研究所
	検 査 機 関	福岡県保健環境研究所・北九州市保健環境研究所・福岡市保健環境研究所
	還 元 方 法	福岡県保健環境研究所 北九州市保健環境研究所 福岡市保健環境研究所 福岡県 北九州市 福岡市 保健所 福岡県医師会 病原体定点
情 報 分 析 ・ 検 討		結核・感染症発生動向調査委員会(結核・感染症発生動向調査解析委員会)
疾 病 予 防 対 策 の 実 施		福岡県・北九州市・福岡市・久留米市・福岡県医師会
広 報 等		広報室または広報課(定期・随時)、インターネット、新聞、ラジオ、テレビ、福岡県医報(毎月・急を要するものは週報)

感染症発生動向調査事業フロッピーチャート

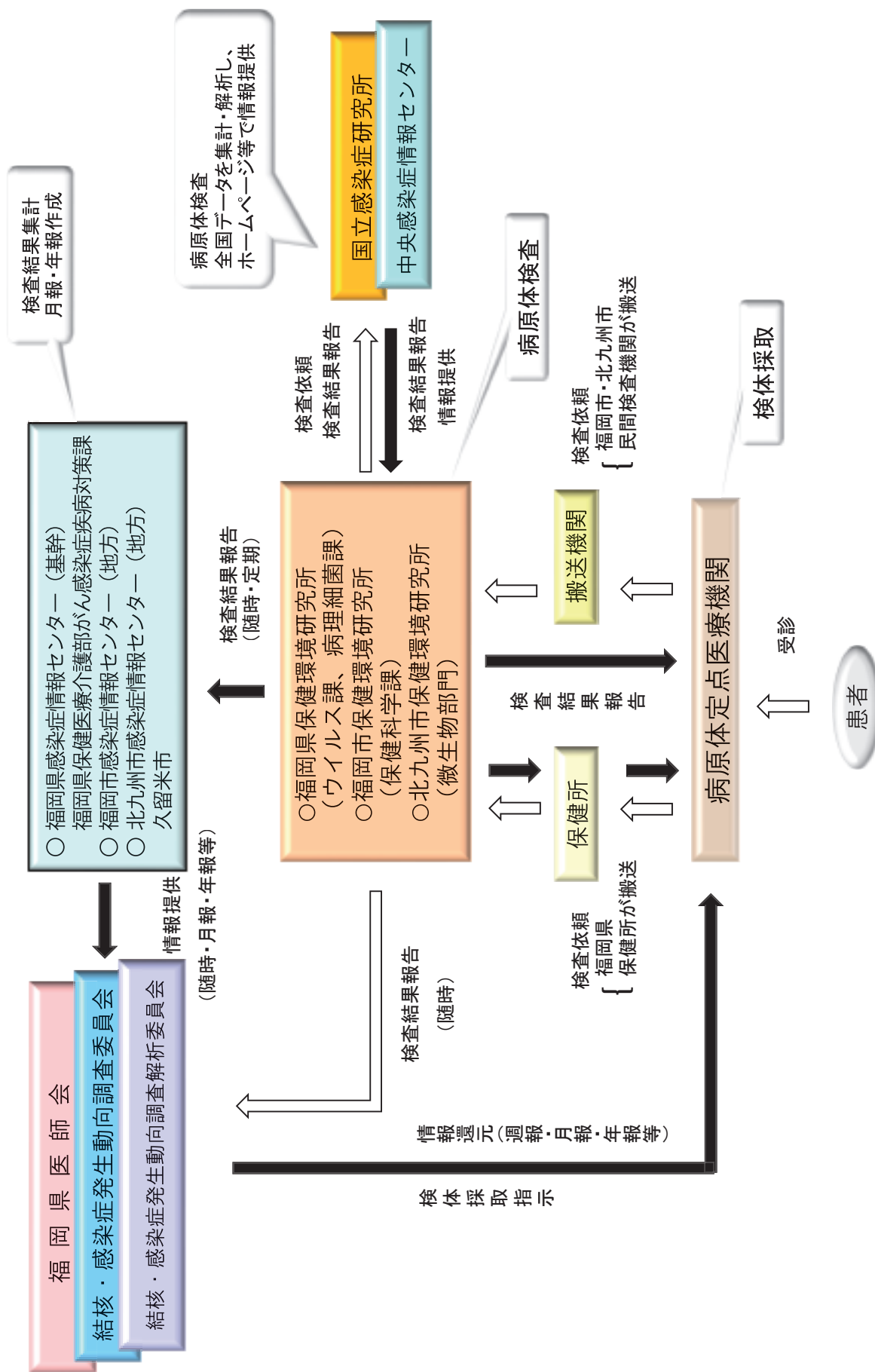


3) 患者情報フローチャート



4) 検査情報フロッピーチャート

検査情報 (病原体定点) のフローチャート



5) 定点医療機関数の年次推移

※宗像及び遠賀保健福祉環境事務所の統合により、平成22年遠賀中間地区を、北九州ブロックから福岡ブロックへ移行した。
従って、定点数合計に変化はないが、北九州ブロックと福岡ブロックの定点数が変更されている。
また、平成28年、平成30年及び令和5年に定点数を変更した。

(1) ブロック別にみた定点医療機関総数(平成27年～令和6年)

	平成27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年	5年	6年
北九州	62	62	62	62	62	62	62	62	62	62
福岡	125	126	126	127	127	127	127	127	127	127
筑豊	33	32	32	31	31	31	31	31	31	31
筑後	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
合計	276	276	276	276	276	276	276	276	276	276

(2) ブロック別にみた小児科定点医療機関総数(平成27年～令和6年)

	平成27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年	5年	6年
北九州	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
福岡	54	55	55	56	56	56	56	56	57	57
筑豊	14	13	13	12	12	12	12	12	11	11
筑後	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
合計	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120

(3) ブロック別にみたインフルエンザ定点(小児科定点及び内科定点)医療機関総数(平成27年～令和6年)

	平成27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年	5年	6年
北九州	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
福岡	93	94	94	95	95	95	95	95	97	97
筑豊	22	21	21	20	20	20	20	20	19	19
筑後	40	40	40	40	40	40	40	40	39	39
合計	198	198	198	198	198	198	198	198	198	198

(4) ブロック別にみた眼科定点医療機関数(平成27年～令和6年)

	平成27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年	5年	6年
北九州	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
福岡	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
筑豊	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
筑後	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
合計	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26

(5) ブロック別にみた性感染症定点医療機関数(平成27年～令和6年)

	平成27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年	5年	6年
北九州	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
福岡	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
筑豊	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
筑後	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
合計	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37

注) 性感染症定点医療機関は皮膚科、泌尿器科あるいは産婦人科を標榜する医療機関

(6) ブロック別にみた基幹定点医療機関数(平成27年～令和6年)

	平成27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年	5年	6年
北九州	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
福岡	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
筑豊	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
筑後	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
合計	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

(7) ブロック別にみた病原体定点医療機関数(平成27年～令和6年)

	平成27年	28年	29年	30年	令和元年	2年	3年	4年	5年	6年
北九州	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
福岡	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
筑豊	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
筑後	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
合計	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39

注) 平成12年から小児科定点、内科定点、眼科定点の約10%、基幹定点の全数

(8) ブロック別・政令市別にみた定点医療機関数(令和6年)

種類	合計	北九州(うち北九州市)	福岡(うち福岡市)	筑豊	筑後
小児科定点	120	29 (24)	57 (29)	11	23
内科定点	78	14 (11)	40 (22)	8	16
インフルエンザ定点(小児科+内科)	198	43 (35)	97 (51)	19	39
眼科定点	26	7 (6)	12 (7)	3	4
性感染症定点	37	9 (8)	15 (10)	5	8
基幹定点	15	3 (2)	5 (2)	3	4
定点総数	276	62 (51)	129 (70)	30	55

定点*の種類別対象疾病一覧

(令和6年12月31日現在)

疾病名	内科定点 (78 定点)	小児科定点 (120 定点)	眼科定点 (26 定点)	性感染症定点 (37 定点)	基幹定点 (15 定点)
インフルエンザ	○	○			○(入院)
新型コロナウイルス感染症	○	○			○(入院)
RSウイルス感染症		○			
咽頭結膜熱		○			
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎		○			
感染性胃腸炎		○			○(ロタウイルス)
水痘		○			
手足口病		○			
伝染性紅斑		○			
突発性発しん		○			
ヘルパンギーナ		○			
流行性耳下腺炎		○			
川崎病(MCLS)		○*			
急性脳炎		○*			
細菌性髄膜炎		○*			○
無菌性髄膜炎		○*			○
マイコプラズマ肺炎		○*			○
クラミジア肺炎					○
急性出血性結膜炎			○		
流行性角結膜炎			○		
性器クラミジア感染症				○	
性器ヘルペスウイルス感染症				○	
尖圭コンジローマ				○	
淋菌感染症				○	
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症					○
ペニシリン耐性肺炎球菌感染症					○
薬剤耐性緑膿菌感染症					○

* 定点についての詳細は、Ⅵ) 参考資料「感染症発生動向調査事業実施要綱」(P147～P153)を参照ください。

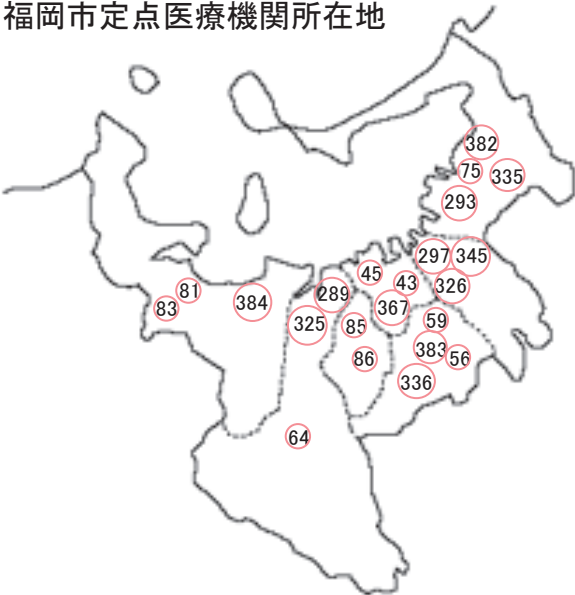
★ 福岡県独自の疾病

- ・ 本県独自に定点医療機関の報告対象疾病としていた、「百日咳」、「風しん」、「麻しん」、「クラミジア肺炎」、「梅毒」は、全数報告等により流行状況把握が可能となっており、令和6年事業から報告対象疾病より除外した。
- ・ STD定点医療機関においては、週単位での報告としていたが、令和6年事業から月単位での報告に変更した。
- ・ 基幹定点医療機関においては、「メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症」「ペニシリン耐性肺炎球菌感染症」、「薬剤耐性緑膿菌感染症」は、週単位での報告としていたが、令和6年事業から月単位での報告に変更した。

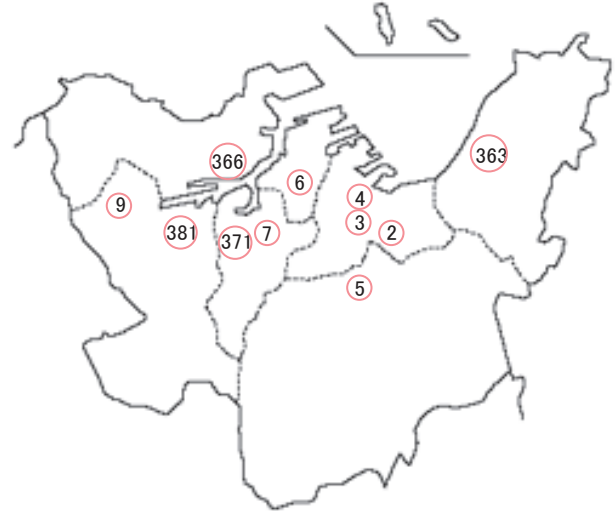
6) 定点医療機関所在地地図

(1) 令和6年内科定点 (78定点)

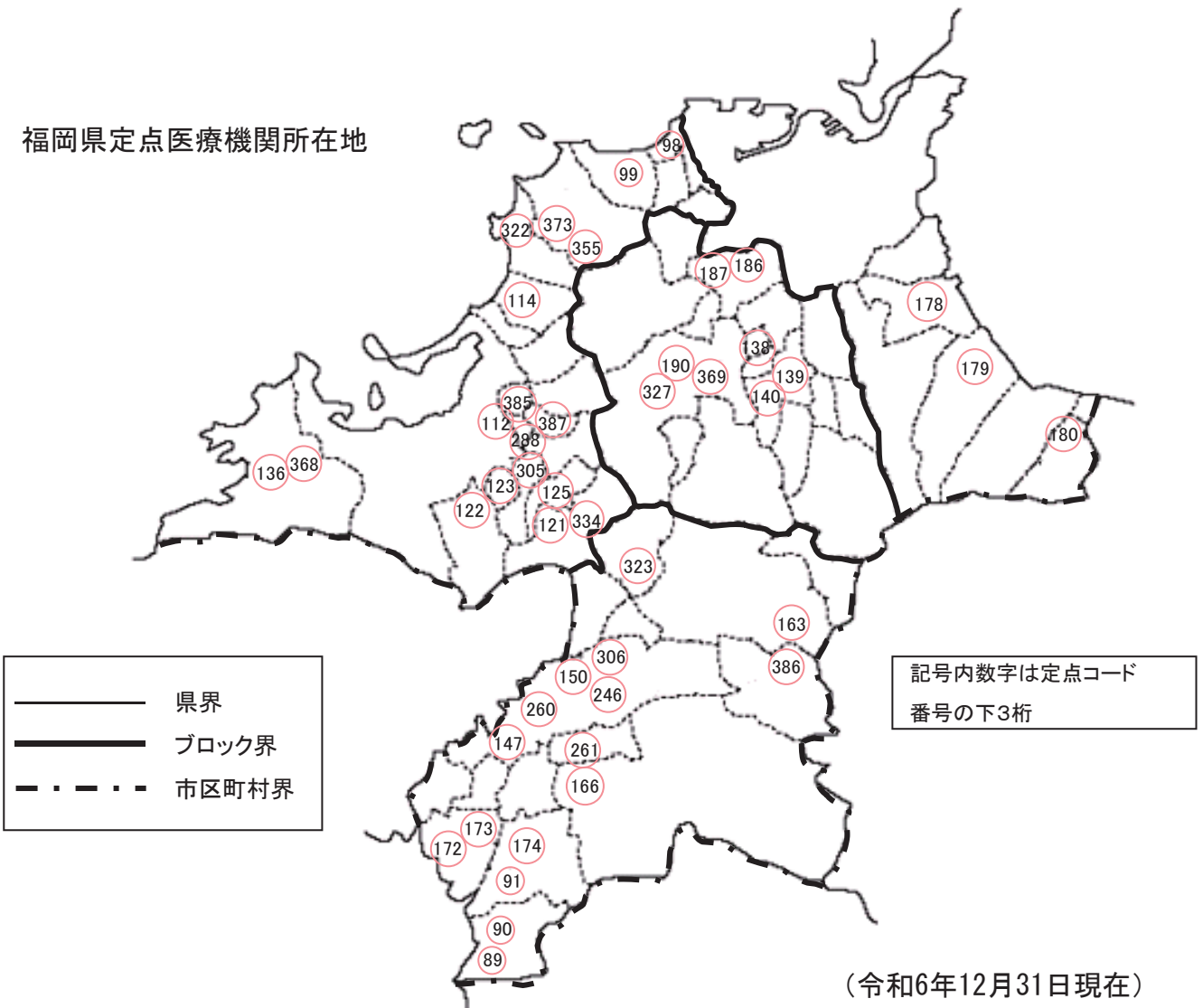
福岡市定点医療機関所在地



北九州市定点医療機関所在地



福岡県定点医療機関所在地



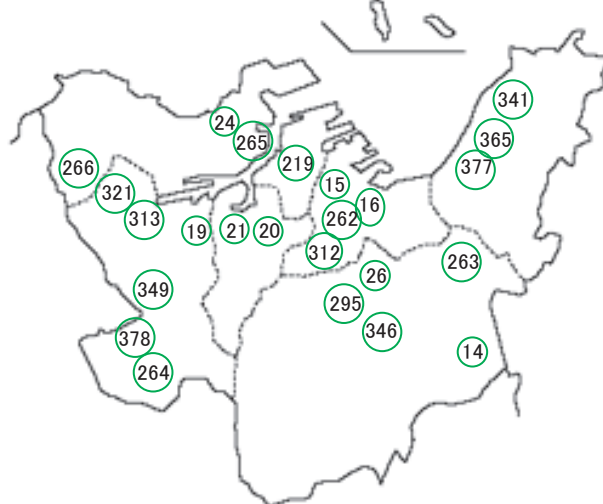
(令和6年12月31日現在)

(2) 令和6年小児科定点（120定点）

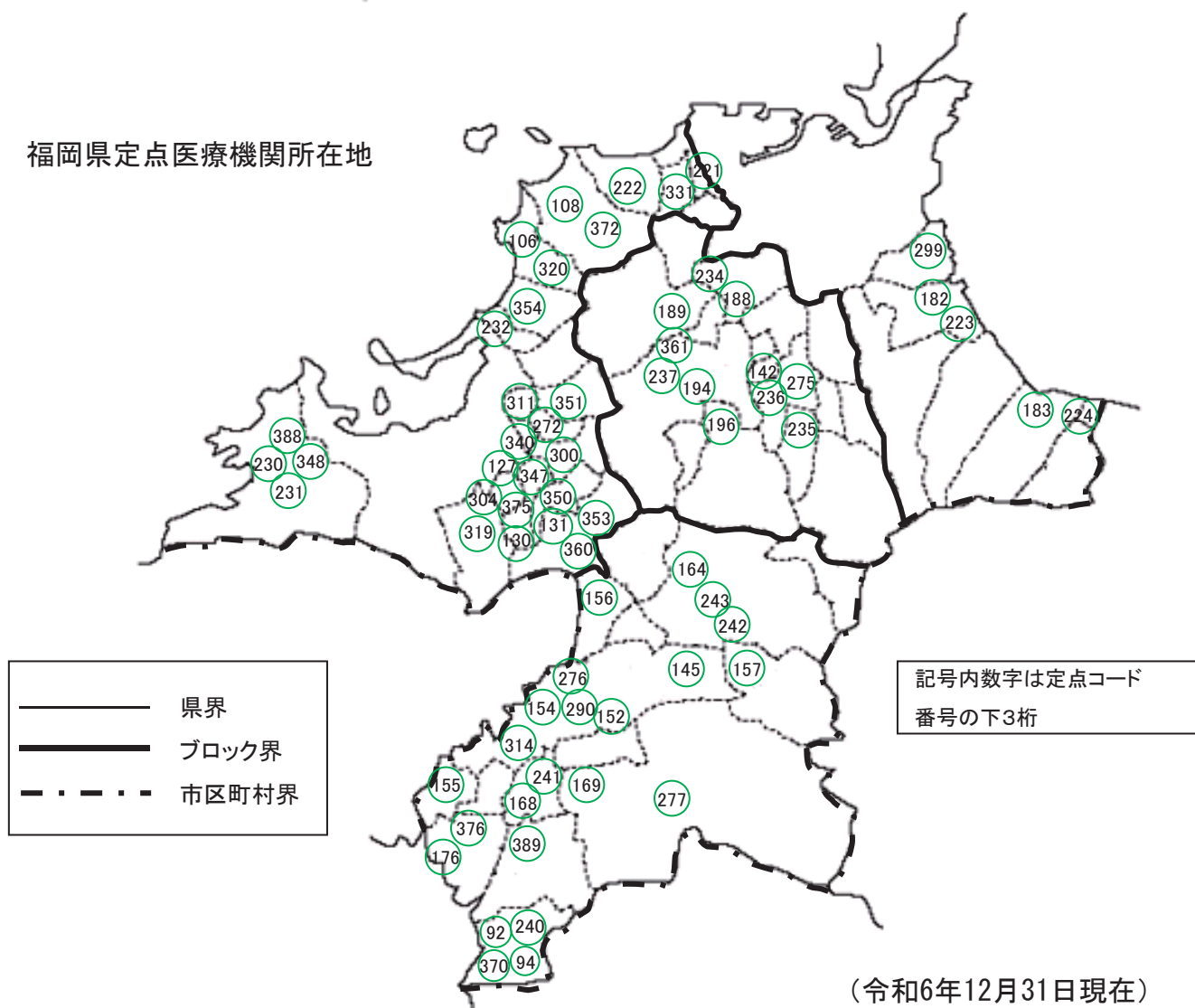
福岡市定点医療機関所在地



北九州市定点医療機関所在地



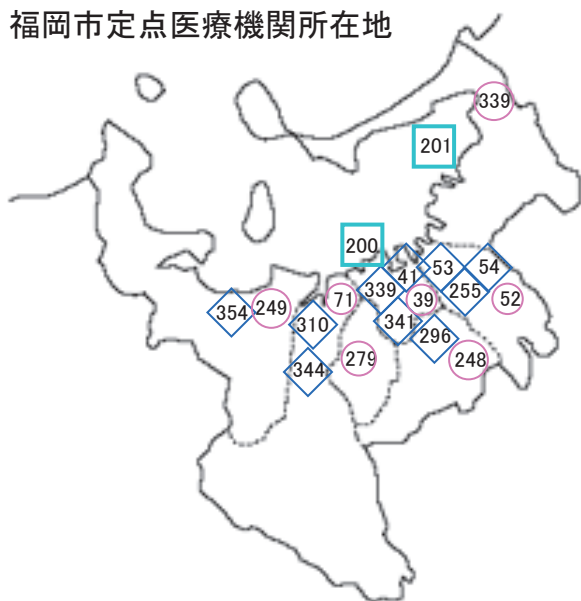
福岡県定点医療機関所在地



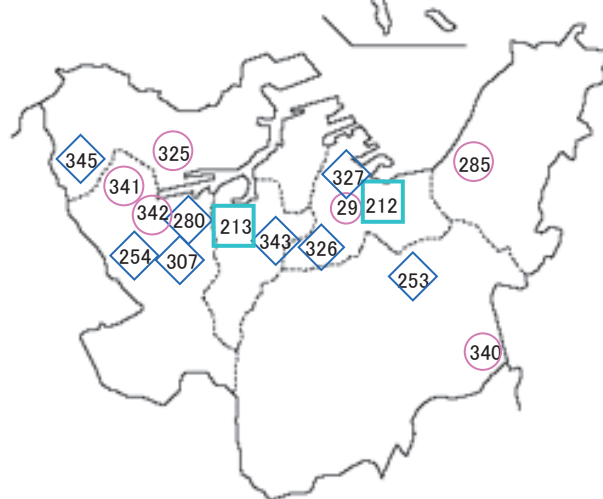
(令和6年12月31日現在)

(3) 令和6年眼科（26定点）・性感染症（37定点）・基幹定点（15定点）

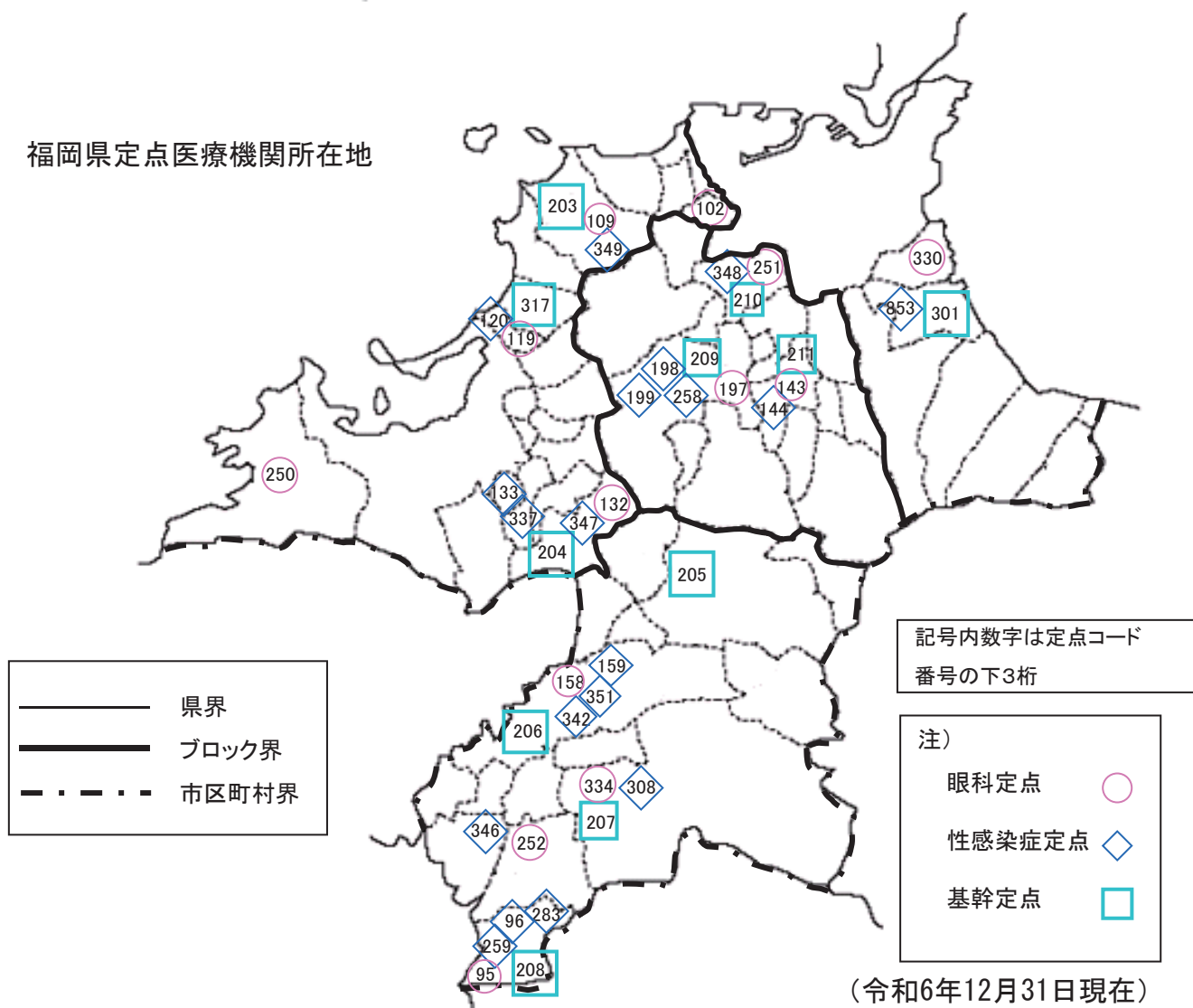
福岡市定点医療機関所在地



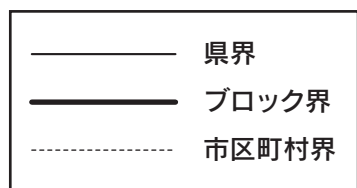
北九州市定点医療機関所在地



福岡県定点医療機関所在地



福岡県4ブロック市区町村地図



— 10 —

Ⅱ) 各 疾 病 の 動 向

1) 全体の概要

活動の概要

この資料集は、第1週、令和6年（2024年）1月1日から第52週、令和6年（2024年）12月29日までの1年間（52週間分）の総括である。平成11年4月に施行された「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（感染症法）に基づいた新しい感染症発生動向調査は、福岡県では平成12年の第1週から開始した。平成15年11月5日に感染症法が一部改正され、対象疾病の追加や、類型が変更された。本事業でも平成16年からRSウイルス感染症を小児科定点疾病に追加、急性脳炎を全数把握となったため基幹定点疾病から削除、尖形コンジロームを尖圭コンジローマへ名称変更などを行った。平成19年にウイルス性肝炎を全数把握であり、かつ報告数が少ないため、小児科定点から削除した。平成20年1月1日の改正では麻しん、風しんが定点把握から全数把握対象となったが、本県では麻しん、風しんを小児科定点把握対象疾病に残し、成人麻しんは平成21年に削除した。インフルエンザ（A/H1N1）pdm2009は平成21年4月28日に新型と認定され、当初は全数把握であったが、平成21年7月24日からは定点把握へ移行され、従来の季節性インフルエンザに包括されている。平成23年2月1日にチクングニア熱が四類感染症に、薬剤耐性アシネトバクター感染症が基幹定点把握対象に、平成23年9月5日にインフルエンザ入院サーベイランスが基幹定点把握対象に、平成25年3月4日に重症熱性血小板減少症候群（SFTS）が四類感染症に、平成25年4月1日に侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症（髄膜炎菌性髄膜炎から変更）が五類全数把握対象感染症に、平成25年5月6日に鳥インフルエンザ（H7N9）が指定感染症に、平成25年10月16日に感染性胃腸炎（病原体がロタウイルスであるものに限る）が基幹定点把握対象に、平成26年7月26日に中東呼吸器症候群（MERS）が指定感染症に、平成26年9月19日に水痘（入院）、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症（令和5年5月26日にカルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症へ名称変更）、播種性クリプトコックス症、薬剤耐性アシネトバクター感染症（基幹定点把握対象から変更）が五類全数把握対象感染症に追加、平成27年1月21日にMERS、鳥インフルエンザ（H7N9）が指定感染症から二類感染症に変更、平成28年2月15日にジカウイルス感染症が四類感染症、及び検疫感染症に追加された。平成30年1月1日に百日咳が定点把握から五類全数把握対象感染症となったが、本県では小児科定点把握対象疾病も集計している。平成30年5月1日から急性弛緩性

麻痺を五類全数把握対象感染症に追加、平成31年4月1日に疑似症サーベイランスの定義、届出基準が変更された。令和2年2月1日に新型コロナウイルス感染症が指定感染症、及び検疫感染症に追加されたが、令和3年2月13日に新型コロナウイルス感染症・再興新型コロナウイルス感染症の類型を新型インフルエンザ等感染症に変更された。新型コロナウイルス感染症の変遷を受けて、令和4年12月9日に改正感染症法が公布され、順次施行された。令和5年5月8日に新型コロナウイルス感染症が五類定点把握対象に変更され、検疫感染症から除外された。改正の多くは令和6年4月に施行され、医療体制の特例措置が終了し通常医療へ移行した。なお、活動の根拠となる「医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準」、及び「感染症発生動向調査事業実施要綱」は随時変更されている。令和7年4月7日にも改正され、最新版を資料として添付している。

本事業は感染症法に従った厚生労働省の事業であるが、福岡県では従来通りの福岡県医師会委託事業方式をとり、主に定点把握対象の五類感染症を中心に活動を行い、地域に密着した情報を還元している。

平成11年の法施行に伴い「感染症発生動向調査事業実施要綱」の算定方法による定点数調整を平成12年からの3年間でを行い、平成15年以降は地区別・保健所別の定点数の変更を行っていなかったが、北九州ブロックの遠賀保健福祉環境事務所が福岡ブロックの宗像保健福祉環境事務所と統合されたため、両管内は平成22年1月から福岡ブロックに組み入れた（5、10ページ参照）。また、人口の変化を考慮して定点配置の見直しを検討し、平成22年以降一部変更を実施している。福岡県の定点は平成11年までの6年間は91（小児科・内科定点66、眼科定点9、STD定点16）で、総数、定点種別とも変化なかった。なお、北九州市保健所は平成8年10月1日に7か所から1か所へ、福岡市保健所は令和6年7月1日に7か所から1か所にまとめられた。

平成12年から国指定の疾病は、①小児科疾病（現在11疾病；平成16年からはRSウイルス感染症を追加；平成19年からはウイルス性肝炎、平成20年からは麻しん、風しん、平成30年からは百日咳を削除）を報告する小児科定点、②インフルエンザを専門に、及び令和5年5月8日からは新型コロナウイルス感染症も報告する内科定点（但し、③インフルエンザ・COVID-19定点とは小児科定点と内科定点の合計となる）、④眼科疾病（2疾病）の眼科定点、⑤性感染症（4疾病）の性感染症定点、⑥主に入院となる疾病（現在7疾病；平成16年から急性脳炎、平成21年から成人麻しんを削除、平

成23年9月からインフルエンザ入院を追加、平成25年4月から細菌性髄膜炎は髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除くと変更、平成25年10月から感染性胃腸炎（ロタウイルス）を追加、令和5年5月8日にCOVID-19入院を追加）と、耐性菌感染症（現在3疾患；平成23年2月から薬剤耐性アシネトバクター感染症を追加、平成26年9月から五類全数把握対象感染症に変更）を対象として新たに作られた基幹定点の分類となった。各々の定点数は平成12年が①79、②78、③157、④18、⑤25、⑥15（総計215）、平成13年が①105、②78、③183、④24、⑤32、⑥15（総計254）、平成14年以降は①120、②78、③198、④26、⑤37、⑥15（総計276）である（5ページ参照）。なお、対象疾病に関して、従来から福岡県が先進的に実施していた事業内容を踏襲するため、前記の国が指定している感染症以外に小児科定点による川崎病、百日咳、風しん、麻しん、急性脳炎、細菌性髄膜炎、無菌性髄膜炎、マイコプラズマ肺炎、クラミジア肺炎、及び性感染症定点による梅毒、二類感染症の結核も含まれていたが、令和6年第1週分から百日咳、風しん、麻しん、クラミジア肺炎、梅毒の5疾病は除外した。なお、一類、二類、三類、四類感染症、及び全数把握対象の五類感染症等は平成14年の資料集から県庁でまとめたデータを入れている（98～100ページ参照）。性感染症、及び基幹定点からの薬剤耐性菌感染症3疾病の報告は福岡県では長年週単位としていたが、令和6年第1週から本来の方式である月単位の報告とした。

病原体定点は、基幹定点の全医療機関、小児科、内科、眼科の定点ではおおむね10%の医療機関を対象とすることになっており、検査対象疾病も指定されている（1ページ参照）。平成29年から対象疾病が拡大され、RSウイルス感染症、水痘、伝染性紅斑、突発性発疹が追加された。

検査機関

検査機関は福岡県保健環境研究所、北九州市保健環境研究所、福岡市保健環境研究所である。検査の実施は、北九州市保健環境研究所が北九州市の定点分を、福岡市保健環境研究所が福岡市の定点分を担当し、福岡県保健環境研究所が両政令市を除く定点分を担当するとともに、全県を統括する。なお、これまでの各種情報はすべて県保健環境研究所のコンピュータに保存され、この後に述べる月報、年間資料集などの過去の情報源として蓄積されている。

情報の還元

週報、月報による還元を行い、年報として本事

業資料集を発行している。週報は、前週の月曜日から日曜日までの福岡県、及び全国情報を集計整理し、コメントをつけて水曜日に全定点、関係機関にファックスで還元している。なお、希望者には電子メールによる還元も行ってきた。平成19年2月からインターネットが利用できる定点では、電子メールによる情報の収集を開始した。さらに、国が推し進めているサーベイランス新システム（電磁的報告の強化）に従い、福岡県では令和6年4月1日から国のNESIDへの入力を導入開始した（一部は県医師会へファックス）。それに伴い週報還元形式を一部変更した。

検査機関からの検出情報や、定点からの任意の情報、日本・海外の感染症情報も、重要性和迅速性を考慮して週報に載せている。月報は、小児科・内科・眼科感染症をまとめ、図表化して還元し、検査機関の検出情報もまとめて還元している。また、性感染症及び、結核を別個にまとめ、簡潔に要点を記載して同様に還元している。県医師会のホームページ（<https://www.fukuoka.med.or.jp>）を利用して、平成12年1月から会員専用で週報コメントの掲載、平成14年6月からは一般市民への情報提供各疾病の週別発生動向のグラフ提供を行っている。平成21年9月16日から本事業資料集の各疾患の図・表・解説などもPDF化して掲載し、平成23年10月19日からインフルエンザ報告状況マップを掲載している。

従来から福岡県庁のホームページ（<http://www.pref.fukuoka.lg.jp>）に、平成17年11月からは県保健環境研究所のホームページ（<http://www.fihes.pref.fukuoka.jp>）にも感染症発生動向情報が掲示されている。

資料集の主な内容

令和5年の包括的な情報のまとめで、長い周期性流行性疾病的動向も分かるように編集した。

主な内容は、本県の活動及び情報機構、各疾病患者数、検査成績、それぞれの図表、及び編集委員による疾病毎の簡潔な解説、補足説明文からなる。長期的疾病動向は過去46年間のうち、45年間のコンピュータ保存データの中から、最近10年間の推移を図として掲載した。平成15年からはブロック別年別推移は5年間の経過で示し、また、週別発生動向をグラフ化して5年間掲載した。厚生労働省規定の性感染症は36年目となるが、紙幅の関係で最近の10年分とし、福岡県独自の梅毒は令和5年までで終了した。平成12年からの対象疾病は25年目となるが、10年分とした。疾病発生状況は、県内を北から北九州、福岡、筑豊、筑後の4ブロック（7～10ページ参照）に分けて比較し、北九州市と福岡市の政令市は、その行政単位の年

間データを別掲した。なお、前記のように平成21年10月1日から北九州ブロックに属していた遠賀保健福祉環境事務所が宗像保健福祉環境事務所とともに宗像・遠賀保健福祉環境事務所(福岡ブロック)となったが、平成21年までの統計では旧分類のままで行い、平成22年からは新分類で実施した。

週報は1週分(127～131ページ)、月報は1か月分(132～134ページ)のみをサンプルとして掲載した。平成23年資料集から福岡県医師会ホームページのサンプル(135～136ページ)も掲載し、ホームページをリアルに表示するために2ページ分のみをフルカラーで印刷とした。平成24年からは図表なども理解しやすさを考慮して、一部カラー印刷とした。

資料の整理、図表作成に、編集委員の依頼により、福岡県保健環境研究所の市原祥子氏、浦崎祐華氏、余門明里氏、濱崎光宏氏、中村麻子氏、金藤有里氏、吉富秀亮氏、小林孝行氏、古谷貴志氏、近藤典子氏、江藤良樹氏のご協力を得たことを感謝し、ここに記します。

久留米市小児科井上医院の井上治先生が令和6年で辞退されました。ご協力ありがとうございました。

疾病の概況

活動の概要でも述べたように定点数、対象疾病、対象医療機関などに平成12年に大きな変化があり、その後も更に定点数が増加しており、単純に比較はできないが、前年比などは主に1定点当たりの患者数を用いた。

令和6年(2024年)における結核以外の総報告数は295,760人(前年286,715人、前々年62,178人)で3年連続減少後に急増した前年の103%であった。北九州61,650人(前年57,530人)、福岡169,421人(同163,501人)、筑豊18,660人(同16,995人)、筑後46,029人(同48,689人)、また、北九州市52,290人(同49,190人)、福岡市88,317人(同85,072人)、両政令市以外の県内155,153人(同152,453人)であった。報告数の多い疾病の変動では、手足口病が前年8,166人から今年25,878人へ、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎が前年20,593人から今年35,285人へ、マイコプラズマ肺炎が前年54人から今年9,406人へ、新型コロナウイルス感染症が前年53,584人から今年57,025人へ増加した。一方、インフルエンザが前年127,179人から今年111,321人へ、咽頭結膜熱が前年15,162人から今年3,615人へ、感染性胃腸炎が前年35,251人から今年28,131人へ、ヘルパンギーナが前年7,838人から今年3,190人へと減少した。

小児科・内科・眼科疾病中で報告総数の多い順に疾病名を挙げると、第1位はインフルエンザ(前

年1位、前々年7位)で総報告数の37.6%を占めたが、前年比88%に減少している。第2位は新型コロナウイルス感染症(前年2位;前年は初回で5/8～12/31の報告)で総報告数の19.3%、前年比106%であった。第3位はA群溶血性レンサ球菌咽頭炎(前年第4位、前々年3位)で総報告数の11.9%、前年比171%と増加した。以下第4位から10位までは、4位が感染性胃腸炎(前年第3位、前々年第1位)で前年比80%に減少、5位が手足口病(前年7位、前々年4位)で前年比317%に増加、6位がマイコプラズマ肺炎(前年15位、前々年14位)で前年比17,419%と著増、7位がRSウイルス感染症(前年6位、前々年2位)で前年比80%、8位が咽頭結膜熱(前年5位、前々年8位)で前年比24%に減少、9位がヘルパンギーナ(前年8位、前々年6位)で前年比41%に減少、10位が突発性発しん(前年9位、前々年5位)であった。なお、11位は水痘、12位は流行性角結膜炎、13位は伝染性紅斑であった。

小児科・内科・眼科疾病の中で報告数が多く、前年より定点当たりで30%以上増加した疾病は、マイコプラズマ肺炎(前年比17,419%)、伝染性紅斑(同593%)、手足口病(同317%)、水痘(同190%)、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎(同171%)などである。一方、30%以上減少した疾病は、咽頭結膜熱(同24%)、ヘルパンギーナ(同41%)、流行性角結膜炎(同51%)などがあった。

定期予防接種対象疾病では、麻しん、風しん、百日咳が令和6年に対象から外れ、平成26年10月に対象疾病となった水痘は1,749人(前年921人、前々年658人、3年前950人、4年前2,111人、5年前3,308人、6年前2,778人、7年前3,358人、8年前3,159人、9年前3,836人、10年前9,050人)と前年の190%で、令和2年から3年連続で大きく減少していたが、令和5年、6年は連続増加した。

小児科・内科の定点数は平成11年までは66であったが、平成12年からは小児科定点は79→105→120で、平成14年以降は120、インフルエンザ定点(内科定点と小児科定点の合計)は157→183→198で、平成14年以降は198である。

眼科疾病では、定点数が平成11年から9→18→24→26で、平成14年以降は26である。流行性角結膜炎は440人(前年861人、前々年177人、3年前298人)で令和5年は前年の486%に増加し、以前のレベルに近づいたが、令和6年は前年比51%に減少した。急性出血性結膜炎は17人(前年14人、前々年7人、3年前12人)と報告数は少ない。

基幹定点把握対象感染症は平成12年からの集計で、15定点から報告を受け、定点数の変更はない。報告数が多い順に新型コロナウイルス感染症入院3,626人(前年比837%)、インフルエンザ入院1,167

人（同142％）、マイコプラズマ肺炎784人（同11,200％）、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症684人（同78％）、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症45人（同43％）、無菌性髄膜炎34人（同131％）、細菌性髄膜炎21人（同131％）、感染性胃腸炎（ロタウイルス）は13人（前年3人、前々年0人）、クラミジア肺炎2人（前年0人）、薬剤耐性緑膿菌感染症1人（前年4人）であった。

性感染症では、定点数が平成11年から16→25→32→37で、平成14年以降は37である。総数（及び1定点当たり患者数）は平成10年以降で、2,656人（166.0）、3,524人（220.3）、4,194人（167.8）、5,416人（169.3）、6,202人（167.6）、5,593人（151.2）、4,866人（131.5）、4,564人（123.4）、4,258人（115.1）、3,094人（83.6）、2,672人（72.2）、2,980人（80.5）、2,843人（76.8）、2,874人（77.7）、2,597人（70.2）、2,823人（76.3）、2,522人（68.2）、2,115人（57.2）、2,035人（55.0）、2,272人（61.4）、2,078人（56.2）、2,078人（56.2）、2,321人（62.7）、2,456人（66.4）、2,448人（66.2）、2,883人（78.1）、令和6年は梅毒を除いて2,852（77.1）である。令和5年は増加し、過去10年で最も多かったが、令和6年は梅毒を削除した数となり、前年より減少した。例年、性器クラミジア感染症が最も多く、総数の54%を占め、次は性器ヘルペスウイルス感染症で21%、第3位が淋菌感染症で17%である。

結核の報告数は月毎の報告数の積算であり、速報値で示されている。福岡県は結核の新登録患者数（及び人口10万対罹患率）は473人（9.3）で、罹患率を対前年比でみると福岡県は0.7ポイント増加した。徐々に減少してきているが、平成20年に9年ぶりに上昇、平成29年に8年ぶりに上昇し、令和元年・3年・6年も上昇した（令和4年、5年は減少）。感染源となる塗抹陽性者数も同様の経過をたどっている。

病原体検査では、病原体定点数が平成11年から20→35→39→39で、平成14年以降は39である。ウイルス検査の検体数は、今年421（前年458、前々年199、3年間244、4年前284、5年前760、6年前906、7年前1,109、8年前1,052、9年前938、10年前908、11年前838、12年前813、13年前972、14年前848、15年前1,845（新型インフルエンザ流行年））で、令和2年に大きく減少し、3年、4年と少なかった。令和5年、6年は増加しているが、以前の検査数よりまだ少ない。6年前から対象感染症にRSウイルス感染症、突発性発疹などが加えられている。ウイルスが検出されたのは251検体で、ウイルスは全て同定され、35種、260件であった（複数検出あり）。

疾病から検討するとインフルエンザは130検体（前年158、前々年7、3年前7検体）で、インフル

エンザウイルスA/H1pdm09型が63件、B/Victoria系統が30件、A/H3型が13件が検出された。咽頭結膜熱は44検体（前年46、前々年16、3年前26検体）からアデノウイルス2型が5件、1型が2件、11型2件などアデノウイルスが12株検出された。感染性胃腸炎では67検体（前年76、前々年75、3年前35検体）中11件（検出率16.4％）から有意なウイルスが検出され、ロタウイルス4件（前年2件、前々年0件）、ノロウイルス4件（前年16件、前々年12件）、サポウイルス1件（前年6件、前々年1件）、アストロウイルス0件（前年5件、前々年1件）などであった。ロタ、アデノ、ノロウイルスは各定点医療機関でも検査され、週報で還元し、本資料集にも掲載した（27ページ）。

手足口病は67検体（前年53、前々年35、3年前40検体）で、今年はコクサッキーウイルスA群16型23件、A群6型16件、エンテロウイルス71型4件、コクサッキーウイルスA群10型1件が検出され、陽性率は73.7％（前年56.6％、前々年28.6％、3年前47.5％）となった。ヘルパンギーナは18検体（前年38、前々年11、3年前12検体）で、コクサッキーウイルスA群では6型6件、5型2件が検出され、陽性率は44.4％（前年39.5％、前々年18.2％、3年前8.3％）であった。無菌性髄膜炎は17検体（前年35、前々年20、3年前68検体）で、コクサッキーB3型6件、5型1件、エンテロウイルス71型1件が分離され、陽性率は47.1％（前年51.4％、前々年20.0％、3年前25.0％）であった。流行性角結膜炎は3検体（前年1、前々年0、3年前0検体）提出されたが、アデノウイルスは分離されなかった。RSウイルス感染症は平成29年から開始され、今年は42検体（前年20、前々年18、3年前24検体）からRSウイルスが22件検出された。

細菌検査は今年はA群溶血性レンサ球菌感染症0件（前年0件、前々年0件、3年前0件）、細菌性髄膜炎0件（前年0件、前々年0件、3年前0件）、カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症147件（前年113件、前々年105件、3年前116件）、バンコマイシン耐性腸球菌感染症0件（前年3件、前々年3件、3年前3件）、薬剤耐性アシネトバクター感染症0件（前年0件、前々年1件、3年前0件）が提出された。

定点からの報告数または、1定点当たりの数をもとに各疾病の動向、合併症などを概観する。

インフルエンザは111,321人（前年127,179人、前々年1,702人、3年前12人）、1定点当たり562.2、前年の88％に減少。2020/2021年シーズン、2021/2022年シーズンは流行がなかったが、2022/2023年は3シーズンぶりの流行がみられた。2023/2024年シーズンは流行開始時期が不明確で、2023年夏期から1定点当たり1.0以上が続き、年内の

第49週に45.9、令和6年第6週に57.7のピークを示す流行があった。2024/2025年シーズンは年内の第44週に1.4、第52週に80.9と流行が始まっている。

RSウイルス感染症は7,143人、1定点当たり59.3、前年比80%と流行を示した。平成24年シーズン以降令和1年まで8年連続で夏期の7月から多発していたが、令和2年は夏期以降の流行が見られなかった。令和3年は4月をピークとする大きな流行、令和3年12月～令和4年2月に小さな流行、7～10月に2つ目の小さな流行を示した。令和5年、6年は6、7月をピークとする流行を示した。

咽頭結膜熱は今年3,615人、1定点当たり30.1、前年比24%で過去最高の報告数であった令和5年から減少したが、以前の報告数レベルである。元々は夏期の感染症であるが、夏の多発傾向は平成21年から見られなくなっていた。平成24年以降は夏の多発と、夏以降から12月に向かって発生が続いていた。令和2年は夏期の流行が見られず、令和3年、4年は夏期にピークの小さな流行であったが、令和5年は一転して11月をピークとする大きな流行が令和6年1月まで続き、その後5、6月にもピークを作った。

A群溶血性レンサ球菌咽頭炎は1定点当たり294.0、前年比171%と2年連続増加した。令和2年春先以降は発生が少ない状況が続いていたが、令和5年、6年と過去最多の報告数であった。患者35,285人のうち、発疹合併が419例（前年217例、前々年36例）報告された。

感染性胃腸炎は今年28,131人、1定点当たり234.4、前年比80%であった。元々春先と冬期に流行があり、最近では春先の流行が目立たなくなっていたが、令和2年、3年は春先の流行がほとんどなく、かつ冬の流行も小さかった。令和4年は夏、冬の報告数が多かったが、令和5年は年の前半の多発と、12月にピークの冬の流行を示した。令和6年は夏、冬の報告数は多いが、ピークとしては目立たなくなっている。

原因微生物は多種類あり、各定点からの原因報告は29ページの表にまとめた。カンピロバクターとノロウイルスが多い。定点からの報告ではノロウイルスが392件（前年809件、前々年803件、3年前498年）、ロタウイルスは36件（前年56件、前々年19件、3年前15件）であった。

水痘は1,749人、1定点当たり14.6、前年の190%と増加した。平成26年10月の定期予防接種開始後は減少傾向で、令和2年、3年、4年は減少幅が大きかったが、令和5年、6年と2年連続増加した。脳炎合併はなかった。予防接種歴ありの患者報告は644例（前年361例、前々年314例）と増加した。86.7%は軽症である。

手足口病は25,878人、1定点当たり215.7、前年

比317%と増加した。令和2年は流行がほとんど見られず、令和3年は秋に流行があり、令和4年は夏から冬までなだらかな山が見られ、令和5年は夏～秋に流行があった。令和6年は7月と10月の2つのピークを示す流行となった。原因ウイルスは、福岡県では春から夏にコクサッキーウイルスA群（CA）6型、秋から冬にCA16型が多く検出され、流行ウイルスが変遷している。全国的にはCA6型とCA16型が多かった。なお、福岡県では平成12、15年にEV71型、13、16年にCA16型、19年はEV71型とCA16型、20年はCA16型、21年、22年はEV71型、23年はCA16型とCA6型、24年は流行がなく、25年はCA6型とEV71型、26年はEV71型とCA16型、27年はCA16型とCA6型の流行で、28年はCA6型、CA10型、CA16型が検出されたが流行は小さく、29年はCA6型とCA10型が先行しEV71型が秋から増加、30年はEV71型とCA16型が夏に、CA6型が秋～冬に流行、令和元年是CA6型が6～7月に、CA16型が9～10月に、CA10型が11月に、令和3年は秋にCA6型、令和4年は夏にCA10型、秋～冬にCA6型が流行、令和5年は6月以降にCA6型とEV71型、9月以降にCA10型が流行、令和6年は春から夏にCA6型、秋から冬にCA16型が流行した。

伝染性紅斑は350人、1定点当たり2.9、前年比593%と増加した。平成17年、22年～23年に流行があり、24年、25年と少なく、26年後半から増加し、27年に大きな流行を示し、28年前半で終了した。平成30年後半から報告数が増加し、令和元年に多発し令和2年春先までで流行は終息した。令和3年、4年、5年は非流行年であったが、令和6年は年の後半に向かって増加傾向で、流行開始の兆しがある。

突発性発しんは2,261人、1定点当たり18.8、前年比98%であった。以前に比べると報告数は少なく、令和3年から過去最少を更新している。

ヘルパンギーナは3,190人、1定点当たり26.6、前年比41%に減少した。毎年夏期に流行していたが、令和3年は10月にピークを、令和4年は9～12月になだらかな山を示し、例年よりかなり流行時期が遅かった。令和5年、6年は7月にピークを示した。令和6年は県内からはコクサッキーウイルスA群では6型6件、5型2件が検出された。

流行性耳下腺炎は1定点当たり2.3、前年比91%とやや減少し少ない。平成27年、28年が流行年、29年、30年、令和元年、2年、3年、4年、5年、6年は非流行年であった。患者278人中、髄膜炎合併の報告はなかった。その他の合併症の報告もなかった。

川崎病は315人、1定点当たり2.6、前年比100%であった。平成30年が多く、令和元年、2年と2年

連続で大きく減少し、報告が少なかったが令和5年にやや増加した。令和6年は横這いである。

急性脳炎〔小児科定点〕は今年98人、前年9人、前々年4人、3年前1人、4年前2人、5年前22人と推移し、令和6年は多い。週報には原因の記載はなかった。

細菌性髄膜炎〔小児科定点〕は今年11人、前年1人、前々年3人、3年前3人、4年前1人、5年前7人と推移し、令和6年は多い。週報にはGBS1人（9生日）、大腸菌1人（5か月）が報告されている。なお、インフルエンザ菌b型の確認例は今年もなかった。

無菌性髄膜炎〔小児科定点〕は18人、1定点当たり0.2、前年からは10人増であった。平成25年は定点当たり2.0で7年ぶりの流行であったが、その後11年連続で多発ではない。検査情報ではコクサッキーB3型6件、B2型1件、EV71型1件など検出された。週報には遺伝子検査によるエンテロウイルス検出が2例報告された。なお、流行性耳下腺炎に合併は今年も0人（前年0人、前々年0人、3年前0人、4年前0人、5年前5人、6年前3人、7年前11人、8年前44人）であった。

マイコプラズマ肺炎〔小児科定点〕は今年9,406人、1定点当たり78.4、前年比17,419%と著増した。平成27年、28年に流行し、次に令和元年の後半から増加し流行開始と思われたが、令和2年春先までの小さな流行で終息した。令和3、4年、5年は非流行年であったが、令和6年春から始まり、11月にピークを示す大きな流行がみられた。

急性出血性結膜炎は17人、前年14人、前々年7人、3年前12人、4年前3人、5年前15人と推移し、少ない。

流行性角結膜炎は449人（前年861人、前々年177人、3年前298人、4年前275人、5年前1,418人）、1定点当たり16.9、前年比51%であった。令和2～4年は3年連続で報告数が少なく、令和5年は増加したが、令和6年は半減した。福岡県の検査情報ではウイルス分離の報告はない。

基幹定点把握対象感染症は平成12年から始まり、疾病の削除・追加がある。細菌性髄膜炎、無菌性髄膜炎、マイコプラズマ肺炎、クラミジア肺炎は従来から内科・小児科定点の対象疾病であったので、福岡県は独自に小児科からも報告を受け、前記の結果を得ている。定点の重複があり、結果は一部重複している。なお、内科・小児科定点のクラミジア肺炎は令和6年から削除された。

細菌性髄膜炎〔基幹定点〕は21人（前年16人、前々年9人、3年前14人）、**無菌性髄膜炎**〔基幹定点〕は34人（前年26人、前々年24人、3年前40人）、**マイコプラズマ肺炎**〔基幹定点〕は784人（前年7人、前々年2人、3年前12人）、**クラミジア肺炎**〔基幹

定点〕は2人（前年0人、前々年0人、3年前1人）と推移している。**インフルエンザ入院**〔基幹定点〕（平成23年9月から開始）は1,167人（前年820人、前々年12人、3年前1人）で、ICU入室29人（前年30人、前々年0、3年前0人）、人工呼吸器使用18人（前年5人、前々年0人、3年前0人）であった。**新型コロナウイルス感染症入院**〔基幹定点〕（令和5年9月25日から開始）は3,626人（前年433人）で、ICU入室214人（前年43人）、人工呼吸器使用55人（前年9人）であった。**感染性胃腸炎（ロタウイルス）**〔基幹定点〕（平成25年10月14日から開始）は13人（前年3人、前々年0人、3年前2人）であった。耐性菌感染症では、**メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症**は684人（前年873人、前々年683人、3年前641人）、**ペニシリン耐性肺炎球菌感染症**は45人（前年105人、前々年65人、3年前67人）、**薬剤耐性緑膿菌感染症**は1人（前年4人、前々年4人、3年前14人）であった。

性感染症で最も多い疾病は**性器クラミジア感染症**で1,538人（前年1,515人、前々年1,391人、3年前1,349人）、前年比109%であった。以下報告数が多い順に**性器ヘルペス**585人（前年386人、前々年259人、3年前273人）、前年比1529%、**淋菌感染症**472人（前年538人、前々年482人、3年前573人）、前年比88%、**尖圭コンジローマ**257人（前年212人、前々年161人、3年前174人）、前年比121%であった。前年まで淋菌感染症が2位であったが、令和6年は性器ヘルペスが2位となった。なお、梅毒は福岡県では定点把握対象であったが令和6年から削除された。

結核（令和5年は速報値）の福岡県新登録患者数（及び人口10万対罹患率）は473人（9.3）で、前年424人（8.4）より増加したが、全国統計では9,942人（8.0）で、前年10,096人（8.1）より減少した。北九州市保健所管内では107人（人口10万対罹患率11.8；前年比101.4%）、福岡市保健所管内では166人（同10.0；101.5%）、県保健所管内は200人（同7.9；100.3%）であった。感染源となる喀痰塗抹陽性患者数も152人で前年の139人から13人増加した。高齢者に多く、60歳以上が66.6%、80歳以上が44.0%、90歳以上が13.7%を占め、平成27年から90歳以上が10%以上となっている。20歳代は17.1%（前年17.9%、前々年11.7%、3年前10.1%、4年前8.8%）と多く、増加傾向である。若い世代の増加は外国人の入国が多くなっている影響が考えられ、新規登録者における外国出身者の割合は20.5%（前年21.0%、前々年15.1%）を占める。

解説と図表

前記のように平成24年から図表を中心にカラー印刷を行った。図は1定点当たりの患者数をもと

に発生動向を表している。小児科・内科・眼科感染症、基幹定点群感染症は昨年までと同様に月別発生として10年間の年次推移を、地域比較可能なように同一スケールとして折れ線グラフで表した。また週別発生として5年間分を折れ線グラフで表した。ブロック別年別推移は5年間について、同一スケールの棒グラフで表示した。年齢（群）別割合は、5年間の比較を図示した。

性感染症は性別を示し、梅毒は顕性と潜在性を区別して報告を受けているが、過去との比較で総数のみを表している。10年間の年次別・性別・月別推移、年次別・性別・疾病別百分比、5年間のブロック別年別推移、年齢別推移を図示した。

結核は福岡県保健医療介護部のデータにより、全国情報も含めて、独自の図・表を多数示し、解析した。年別発生の推移、年齢別、地域別、潜在性結核感染症の発生の推移、活動性結核の内容、医療面の情報などを図表化してある。

各疾病の解説は、各編集委員が分担して、要点を簡潔に記載した。それぞれの発生推移、季節、地域性、年齢的特徴、性別、合併症、予防接種との関連、定点からの病原体情報などを中心に述べた。

参考資料

感染症発生動向調査事業実施要綱、医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準、検査結果コード表、令和6年通知文書一覧を掲載している。

2) 小児科・内科・眼科感染症の解説と図表

1. インフルエンザ [小児科・内科定点]

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成12年より内科定点と小児科定点から報告を受けている。なお、報告を求めるインフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く）とは、「症状、所見から当該疾患が疑われ、かつ、突然の発症、高熱、上気道炎症状、全身倦怠感等の全身症状のすべてを満たすか、満たさなくても迅速診断キットによる抗原の検出」となっている。A（H1N1）pdm09型は、平成21年4月28日に新型インフルエンザとして全数把握対象感染症になったが、平成21年7月24日からは定点把握へ移行され、季節性インフルエンザと同様に報告がなされている。

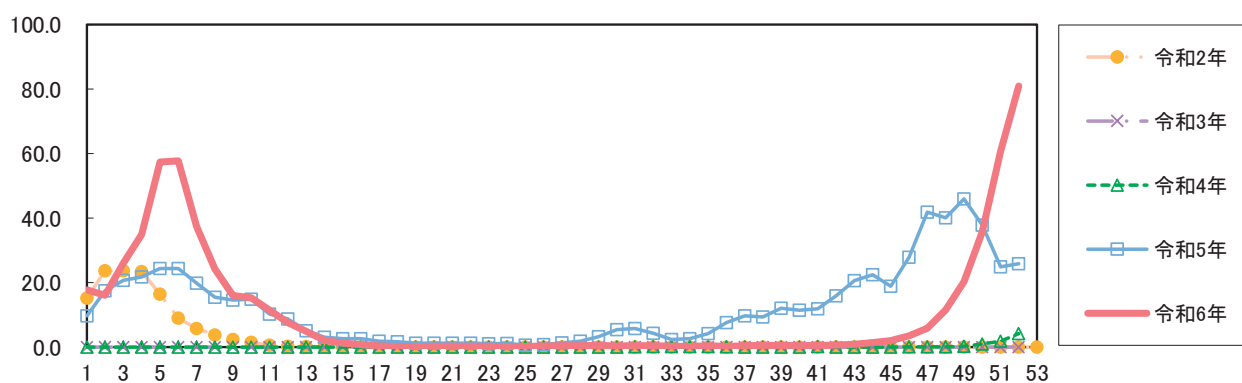
年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は562.2（111,321人）で、前年の642.3（127,179人）より少なかった。全県1定点当たりの患者数は平成12年（2000年）から令和6年（2024年）まで、それぞれ、199.6、64.2、246.1、285.9、179.8、344.5、220.4、356.6、186.4、804.6、47.6、438.7、359.8、286.6、436.4、338.4、450.1、443.9、489.5、436.4、126.0、0.1、8.6、642.3、562.2で、2009年のA/H1N1pdm09の出現とその流行に次ぐ過去2番目の多さだった昨年に次ぐ多さであった。

福岡県では、2023/24年シーズンの流行が、第6週に定点当たり57.5のピークとなり、第16週に1.0以下になった。2024/25年シーズンの流行は、第44週に定点当たり1.0を超え、年末まで増加が続いた。

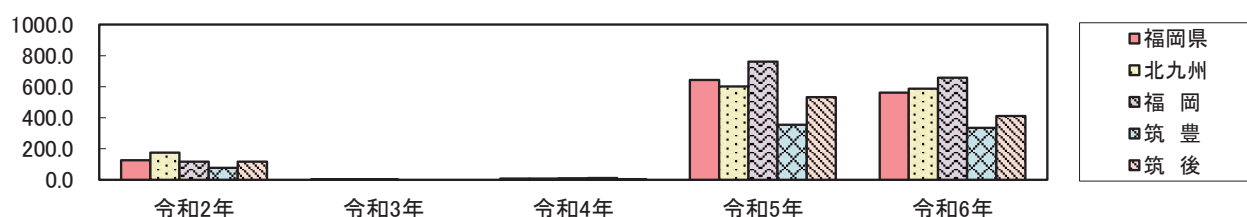
地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州586.5（25,218）[北九州市622.7（21,794）]、福岡656.8（63,705）[福岡市664.5（33,892）]、筑豊334.6（6,357）、筑後411.3（16,041）で、昨年と同様に福岡からの報告が多かった。

年齢別の患者数は、1歳～9歳までが全体の50%以上を占め、60歳以上の割合は2.9%で、これまでとほぼ同様であった。男女比は1.12で、男性がわずかに多かった。

全国情報では、令和6年に入ってB型が多く分離されたが、第36週以降になるとA/H1pdm09型が多数を占めた。B型はビクトリア系統のみが分離された。全国の抗インフルエンザ薬耐性株サーベイランスでは、2024/25年シーズンは、A/H1pdm09型でバロキサビル耐性が1.0%、オセルタミビル耐性が0.2%、A/H3型でバロキサビル耐性が6.7%と報告され、耐性ウイルスの著しい増加傾向はみられていない。



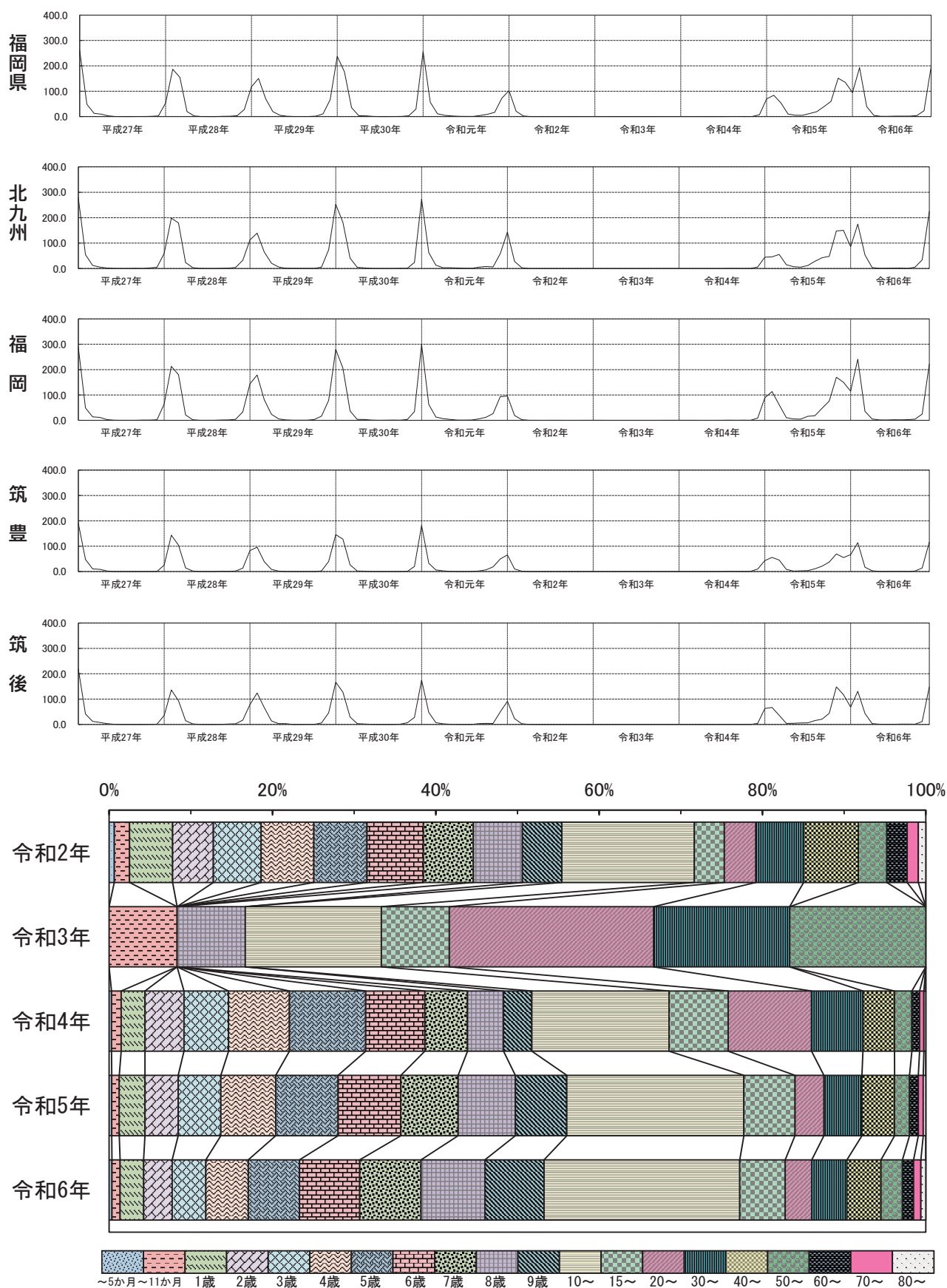
インフルエンザの1定点当たりの週別報告数推移



インフルエンザのブロック別1定点当たりの年別報告数推移

インフルエンザ

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



2. 新型コロナウイルス感染症 [小児科・内科定点]

新型コロナウイルス感染症は、令和4年6月30日の感染症法改正に従い、令和5年5月8日から定点把握へ移行され、季節性インフルエンザと同様に報告がなされている。なお、報告を求める新型コロナウイルス感染症とは、病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和二年一月に中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）（以下「COVID-19」という）であるものに限る。指定届出機関（COVID-19定点）において、検査により当該者をCOVID-19と診断した場合又は発熱または呼吸器症状（軽症の場合を含む。）を呈する者であって、COVID-19であることが確定したものと同居している者（飲食、入浴、就寝等を共にする家族や同居者）で、医師が総合的に判断した結果COVID-19と臨床的に診断する場合に届け出ることとなっている。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は288.0（57,025人）で、前年の5月8日以降の270.6（53,584人）より多かったが、調査期間が異なるため比較は困難あった。

1定点当たりの患者数は、令和6年第1週は8.0で、次第に増加し、第5週に14.0のピークとなった。

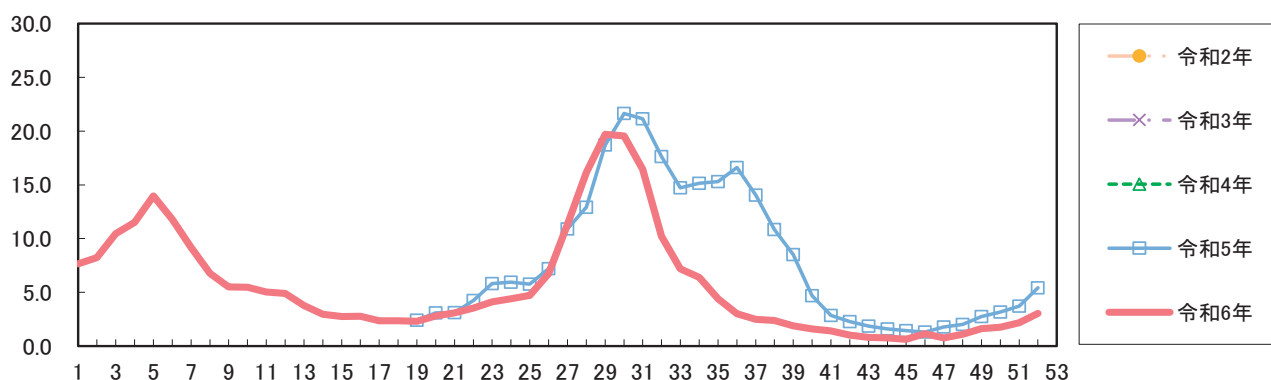
その後減少傾向を示したが、第26週以降は再び5.0以上に増加し、第29週に19.7となった。その後は減少傾向を示し、年末まで5.0以上になることはなかった。冬と夏にピークを持つ流行が繰り返されるようになるのかもしれない。

全国情報では、福岡県と同様に第30週にピークとなっており流行の推移は類似していた。

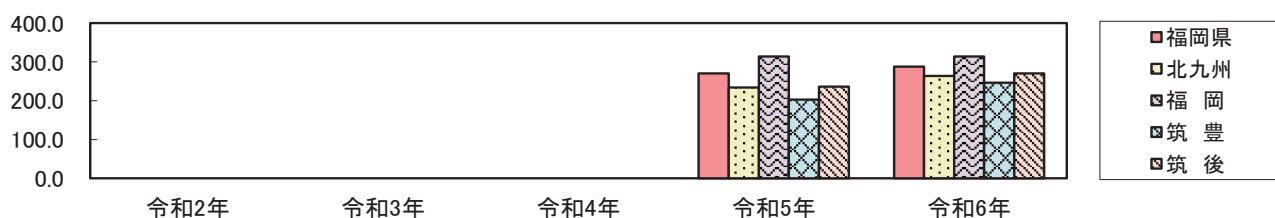
地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州264.1（11,357）[北九州市269.5（9,432）]、福岡314.0（30,455）[福岡市313.8（16,005）]、筑豊246.4（4,681）、筑後270.1（10,532）で、福岡からの報告が僅かに多かった。

罹患年齢は、0～5か月1.3%、6～11か月2.4%、1歳3.6%、2歳2.3%、3歳2.0%、4歳2.0%、5歳1.9%、6歳1.8%、7歳2.0%、8歳2.0%、9歳2.0%、10～14歳10.8%、15～19歳6.3%、20～29歳8.2%、30～39歳8.7%、40～49歳10.2%、50～59歳9.9%、60～69歳7.8%、70～79歳7.8%、80歳以上7.0%で、年齢分布は前年度とほぼ同様であり、全年齢層に患者がみられたが、9歳以下は比較的少なく、60歳以上の割合は22.5%であった。

男女比は0.90で、女性が僅かに多かった。



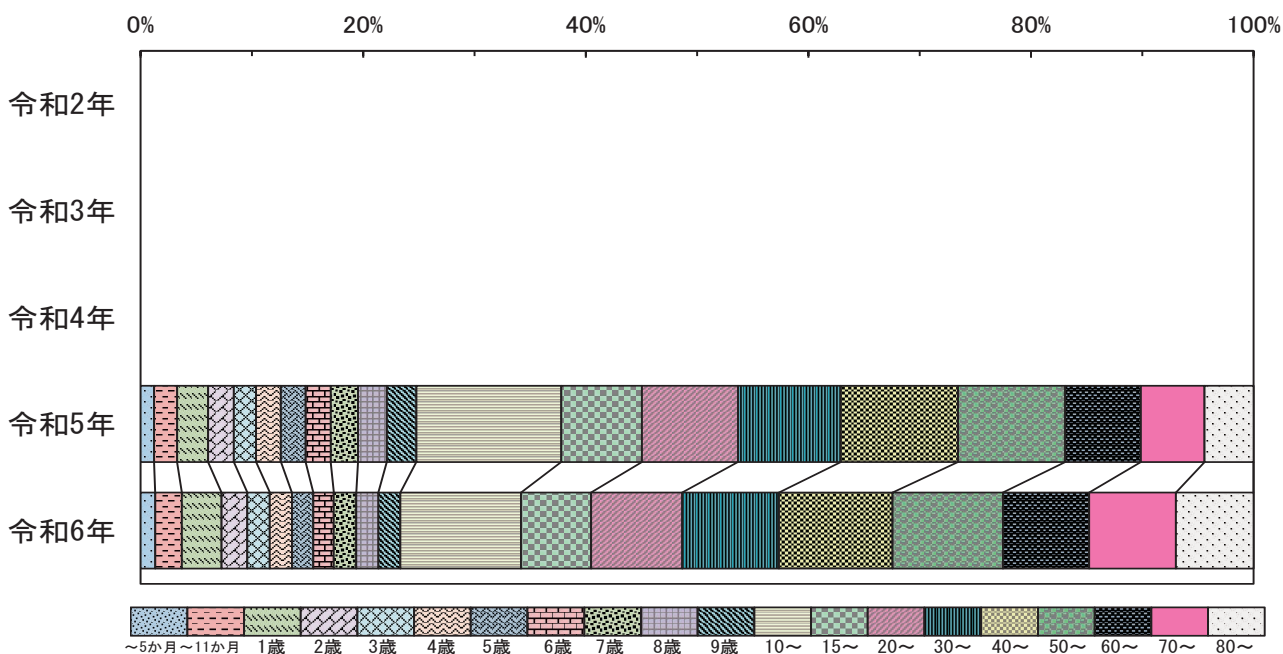
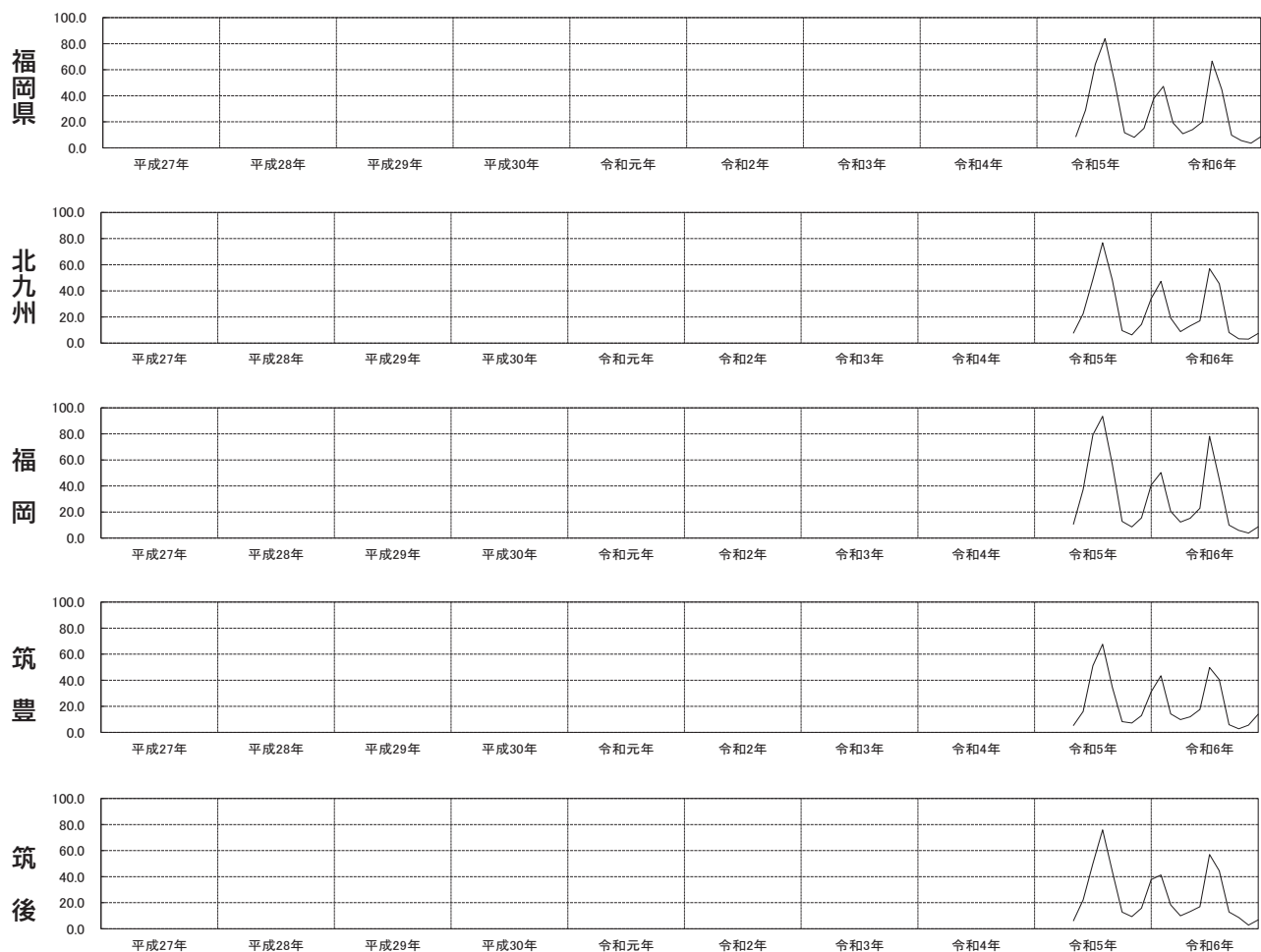
新型コロナウイルス感染症の1定点当たりの週別報告数推移



新型コロナウイルス感染症のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

新型コロナウイルス感染症

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



3. RSウイルス感染症 [小児科定点]

平成15年11月改正の感染症法により五類感染症に指定され、平成16年より小児科定点から報告を受けている。報告を求めるRSウイルス感染症とは、「症状、所見から当該疾病が疑われ、かつ、病原体診断や血清学的診断がなされたもの」である。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は59.5（7,143人）で、前年の74.2（8,902人）の80%であった。1定点当たり患者数は、平成16年（2004年）から令和6年（2024年）までそれぞれ6.8、9.2、17.2、30.2、37.0、29.7、46.1、31.7、62.7、47.5、44.4、55.6、52.0、69.6、54.8、66.9、6.1、114.9、55.7、74.2、59.5と推移した。新型コロナ発生以後は不規則な流行パターンとなり、令和2年は過去最少、令和3年は反転して過去最多、令和4・5・6年は以前と近似した報告数となっている。

温帯地域ではもともと冬期の疾病で、月別発生では12月をピークとしていた。平成24年から令和1年まで8年連続で9月にピークを示し、夏から秋の流行となっていたが令和2年は流行自体がなくなった。令和3年は4月をピークとした大きな流行があり、その後令和3年12月から令和4年2月に小さなピーク、さらに令和4年7月から10月に小さくならかな山を作った。令和5・6年は6、7月の夏をピークとする流行を示した。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州52.3（1,518）[北九州市47.7（1,145）]、福岡76.0（4,330）[福岡市85.5（2,479）]、筑豊41.3

（454）、筑後36.6（841）と各地区減少した。

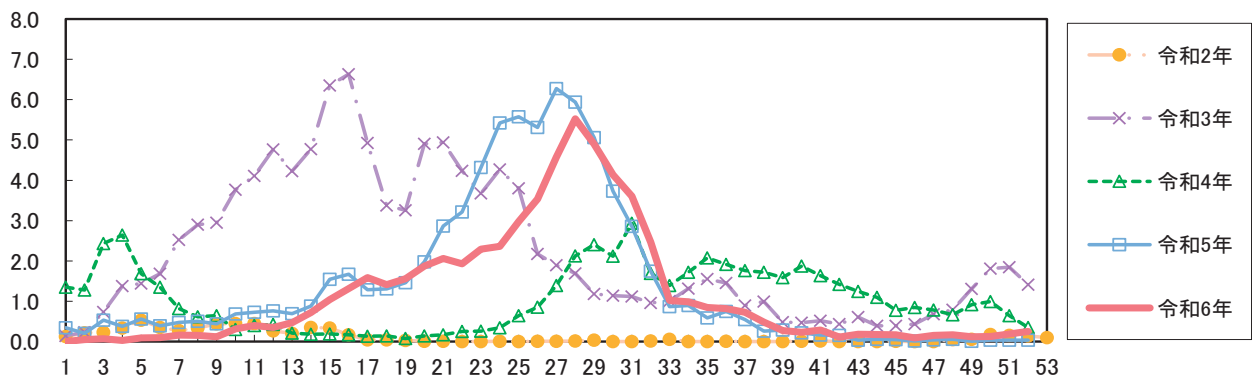
罹患年齢は0～5か月13.1%、6～11か月18.3%、1歳36.8%、2歳17.1%、3歳8.7%、4歳3.3%、5歳1.7%、6歳0.4%、7歳0.1%、8歳0.1%、9歳0.1%、10～14歳0.2%、15～19歳0.0%、20歳以上0.0%であった。1歳当たり換算では1歳が最も多く、3歳未満が85.4%（前年82.2%）と大部分を占めている。年齢構成では0歳、1歳が大部分を占め、15歳以上は6人（前年7人、前々年2人、3年前16人）で大きな変動はない。

なお、RSウイルス迅速診断検査の健康保険適用は、入院患者の3歳未満であったが、平成18年4月に入院患者で年齢制限がはずされ、さらに平成23年10月17日からは、外来患者も1歳未満の乳児、及びパリビズマブ製剤の適用となる患者にも拡大された。

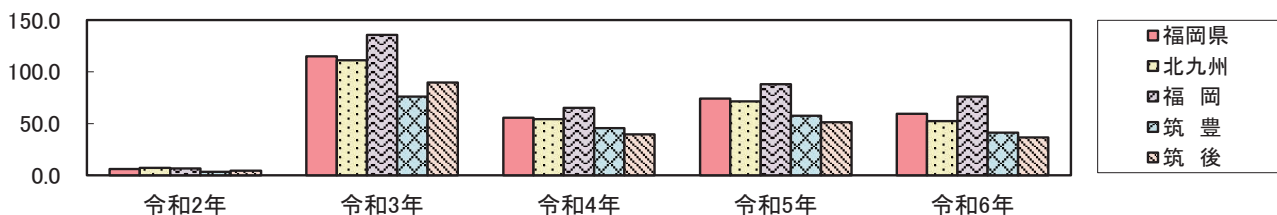
男女比は1.14（男3,805人、女3,338人）で男がやや多かった。

検査情報では42検体（前年20、前々年18、3年前24、4年前9検体）からRSウイルスが22件、その他にライノウイルスが3件、コクサッキーA6型、コクサッキーA10型、コクサッキーB5型、ボカウイルスが各1件検出された。

週報には入院の報告は多く、2回目の感染例もある。保育園等の施設内での流行（集団発生）や家族感染の報告もある。キット陽性報告は従来から上記の健康保険適用ではない対象患者にも多数実施され、報告があがっている。



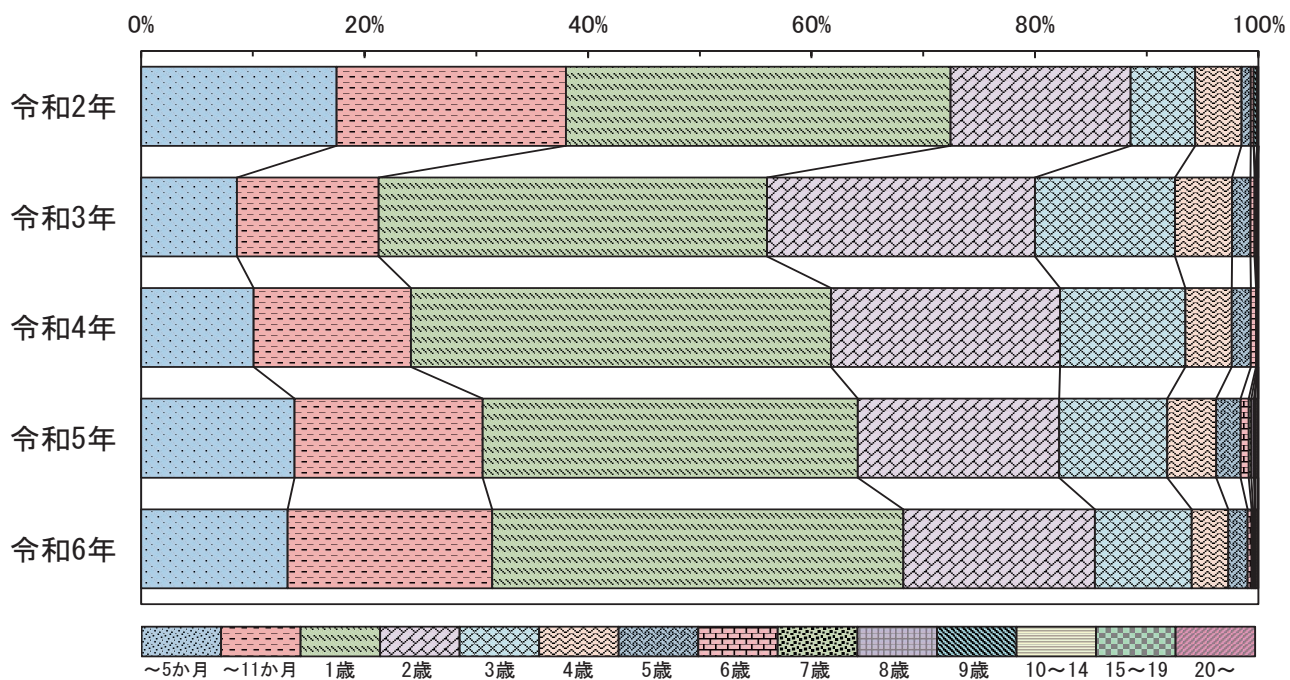
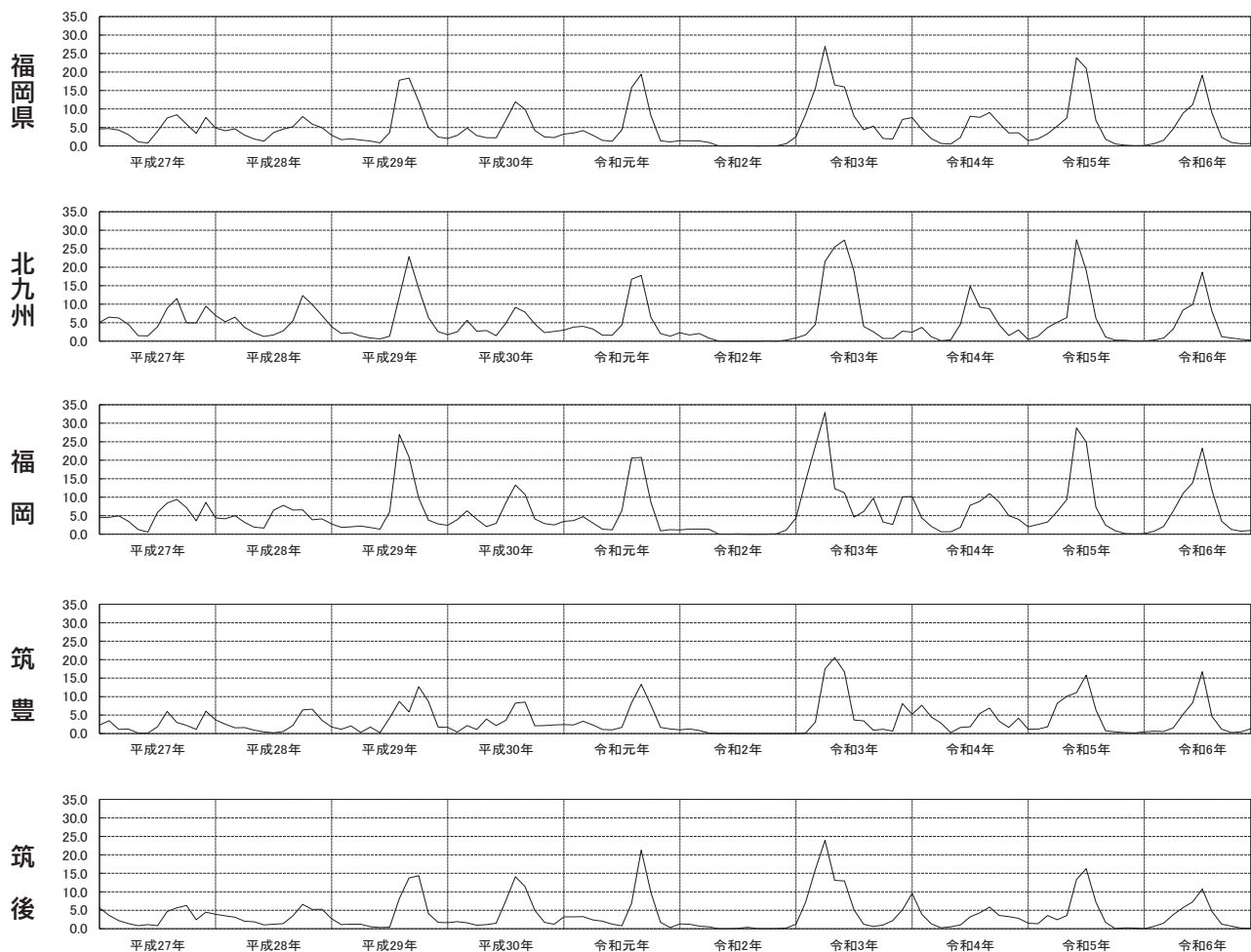
RSウイルス感染症の1定点当たりの週別報告数推移



RSウイルス感染症のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

RSウイルス感染症

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



4. 咽頭結膜熱【小児科定点】

平成11年4月施行の感染症法により小児科定点から報告を受けている。報告を求める咽頭結膜熱とは、「症状、所見から当該疾病が疑われ、かつ、発熱、咽頭発赤、結膜充血の基準を全て満たすもの」である。診断キットなどの検査は必須ではない。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は30.1（3,615人）で、前年の126.4（15,162人）の24%に減少した。1定点当たりの患者数で示すと、昭和56年（1981年）から令和6年（2024年）までそれぞれ7.1、3.8、13.6、9.8、15.0、6.0、3.9、4.5、4.5、5.4、2.7、5.2、1.8、11.3、3.1、2.8、5.0、9.5、6.7、5.2、8.3、6.2、22.2、12.8、28.9、35.5、18.2、29.2、18.9、21.4、28.2、31.4、41.3、22.3、32.7、36.0、28.3、37.6、36.9、18.1、21.6、13.0、126.4、30.1と推移した。令和2年以降は新型コロナ発生のためか流行規模が小さくなり、令和4年は特に少なかったが、令和5年は一転して過去最高の報告数となった。令和6年は以前の報告レベルとなっている。

月別発生では従来夏にピークを示す疾患であったが、平成21年（新型インフルエンザ流行年）からは夏のピークがほとんど見られず、かつ12月に多発の傾向となっていた。平成24年以降は夏の多発が見られるが以前ほど顕著ではなく、かつ、12月の多発傾向も同時に見られていた。令和2年は夏のピークが消失、令和3年、4年は夏期に小さなピークを示した。令和5年の11月にピークを示す大きな流行が令和6年1月まで続き、その後5・6月

に小さなピークを示した。

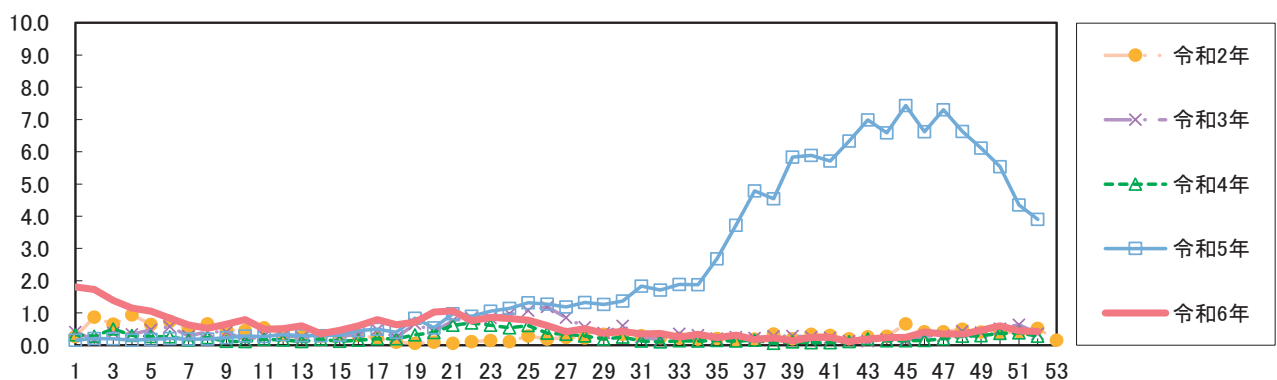
地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州25.6（742）〔北九州市25.4（610）〕、福岡38.1（2,171）〔福岡市27.2（789）〕、筑豊16.9（186）、筑後22.4（516）で、各地区減少した。

罹患年齢は0～5か月1.0%、6～11か月6.2%、1歳29.4%、2歳16.2%、3歳11.0%、4歳10.0%、5歳8.7%、6歳6.0%、7歳3.3%、8歳3.0%、9歳1.8%、10～14歳2.8%、15～19歳0.3%、20歳以上0.6%と分布した。小児の疾病であり、1～5歳が75.1%、10歳未満が93.3%を占め、10歳以上は少なかった。年次変化は令和4年まで少なかったが、令和5年は6～11か月、1歳が大きく減少し、3歳以上が増加した。令和6年は以前の年齢構成に近づいた。なお、例年1歳が最も多く、今年は29.4%（前年16.6%、前々年40.7%）で、令和5年は少なかった。0～5か月は35人（前年77人）、6～11か月は223人（同537人）で、0歳児では0～5か月は少ない。

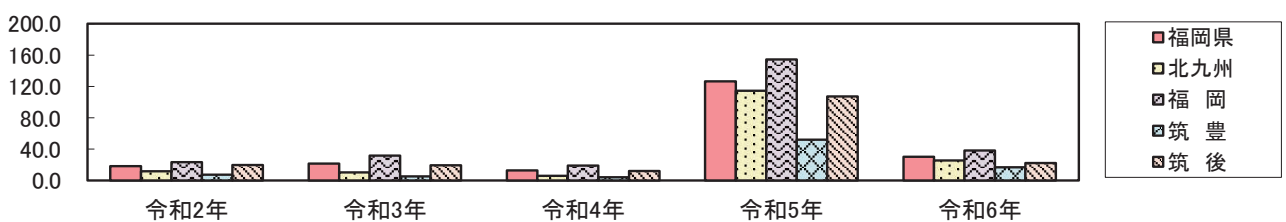
男女比は1.14（男1,922、女1,693）で男がやや多かった。

本疾病の原因は主にアデノウイルスによるとされ、複数の型のアデノが原因となる。本県の検査情報では今年は44検体（前年46、前々年16検体）が提出され、アデノ2型が5件、1型が2件、11型が2件などアデノウイルスが12件検出された。

咽頭用アデノウイルス迅速診断キットが臨床現場で多数使用され、週報には咽頭結膜以外にも咽頭扁桃炎などにキット陽性が報告されている。



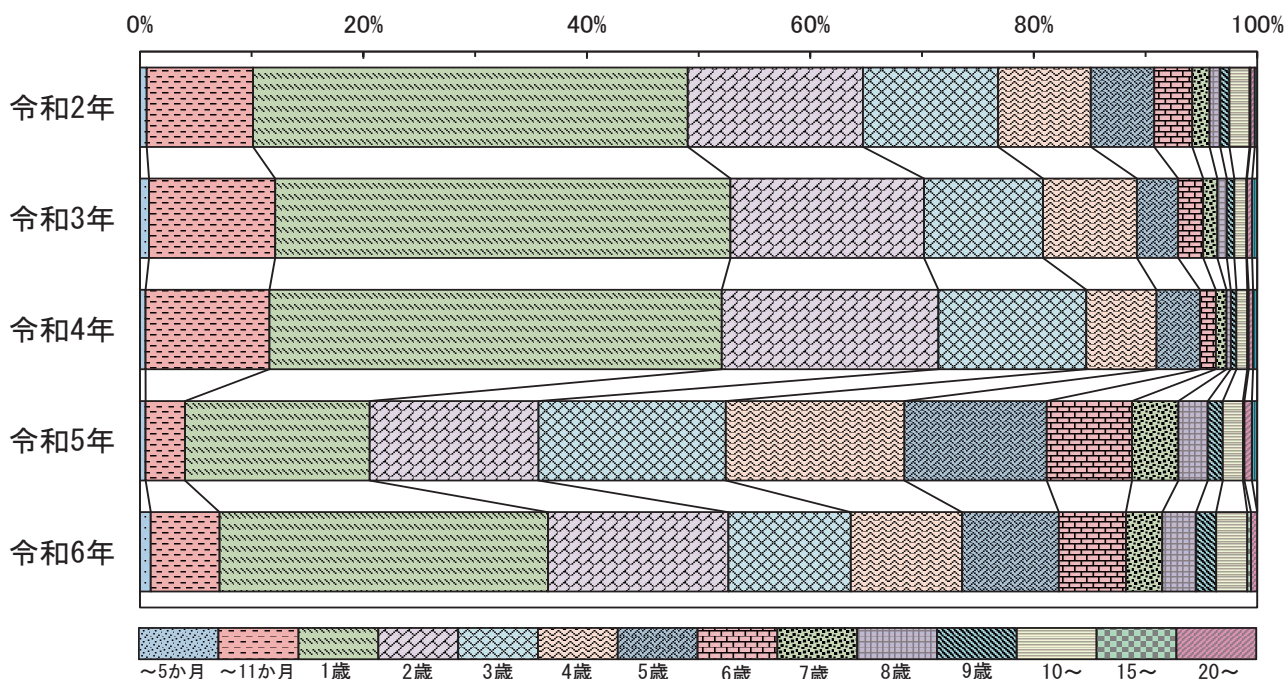
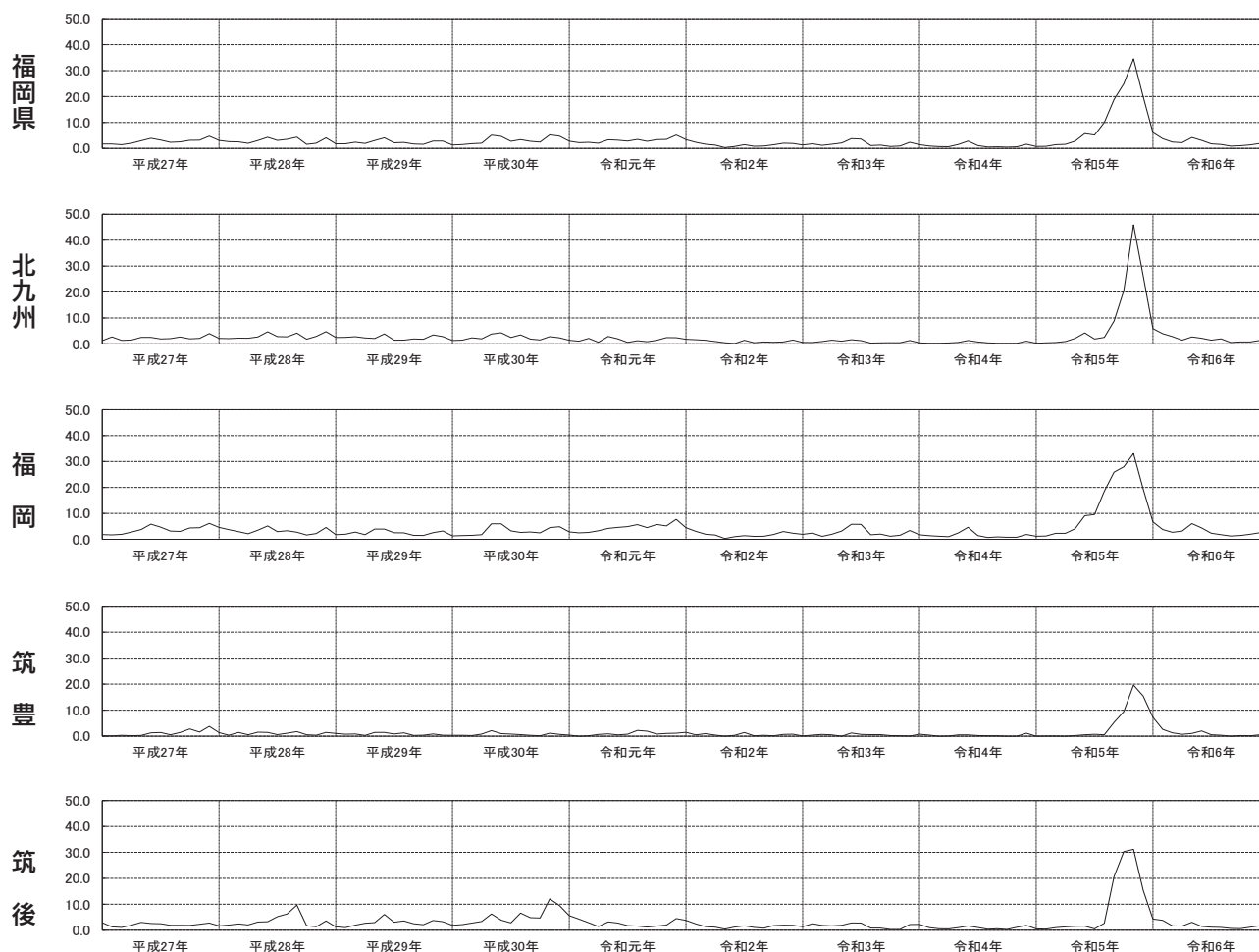
咽頭結膜熱の1定点当たりの週別報告数推移



咽頭結膜熱のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

咽頭結膜熱

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



5. A群溶血性レンサ球菌咽頭炎【小児科定点】

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は294.0（35,286人）であった（前年比1.71）。昭和56年（1981年）からの県内1定点当たり年間報告数は、23.1、24.4、29.7、28.5、23.3、16.3、19.4、32.7、24.5、17.1、29.0、29.0、32.4、56.8、30.8、27.3、45.5、40.0、36.4、48.0、69.5、84.7、70.9、94.9、77.4、101.5、82.8、103.5、77.5、73.1、114.7、101.3、107.6、159.2、173.0、153.2、181.8、165.1、193.9、154.6、90.7、49.3、171.6、294.0で、調査開始後最多の報告数となった。

季節性は2月と5月に2つのピークが認められた。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区159.2（4,617）〔北九州市164.8（3,954）〕、福岡地区455.4（25,956）〔福岡市515.7（14,955）〕、筑豊地区96.5（1,061）、筑後地区158.7（2,706）で、全地区で増加した。

全国的には、北海道、山形県、新潟県、富山県、茨城県、鳥取県、山口県、愛媛県、福岡県、宮崎県が多かった。

罹患年齢は0歳0.6%（前年0.6%）、1歳3.8%（同3.5%）、2歳6.3%（同5.8%）、3歳9.3%（同9.5%）、

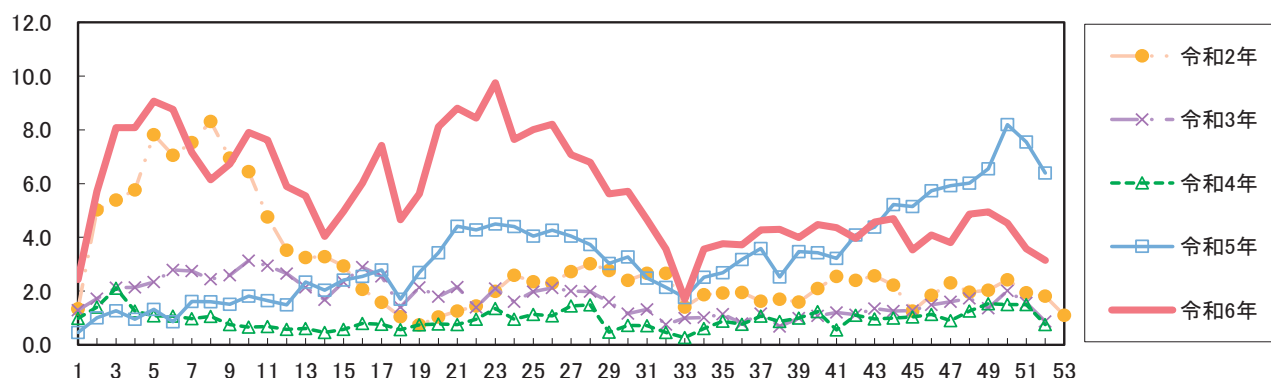
4歳11.2%（同12.7%）、5歳12.2%（同14.1%）、6歳12.0%（同12.7%）、7歳9.9%（同10.5%）、8歳8.5%（同8.8%）、9歳6.8%（同6.5%）、10～14歳14.7%（同11.8%）となり、10歳代が増加した。

男女比は1.15で昨年と比較して変化はなかった。

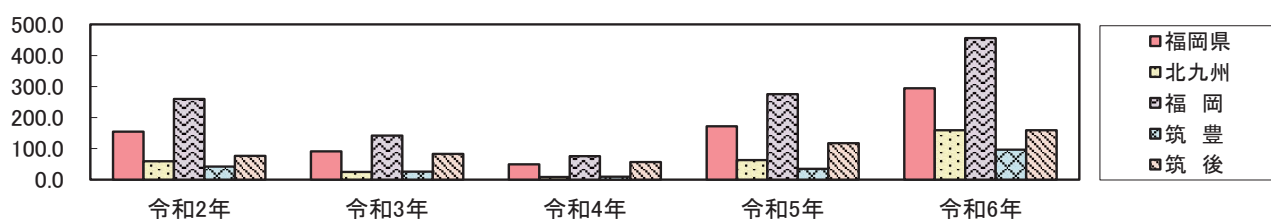
発疹を伴った例は419例（前年217例）であった。年齢は、0歳2例（前年0例）、1歳19例（同5例）、2歳39例（同18例）、3歳47例（同35例）、4歳63例（同51例）、5歳61例（同31例）、6歳68例（同26例）、7歳36例（同16例）、8歳29例（同16例）、9歳10例（同8例）と、2～9歳までで84.2%（同92.6%）を占めた。再燃が14例（前年42例）、2回目の感染17例（前年29例）、3回目5例（同11例）、4回目3例（同5例）、5回目2例（同3例）が報告された。

合併症は、IgA血管炎（6歳男）1例、劇症型1例（7歳女）、中毒疹（重症）3歳男1例、丹毒1例（5歳女）、猩紅熱8例であった。

併発症は、アデノウイルス感染症4例（昨年22例）、手足口病1例、ヒトメタニューモウイルス感染症1例、带状疱疹1例であった。



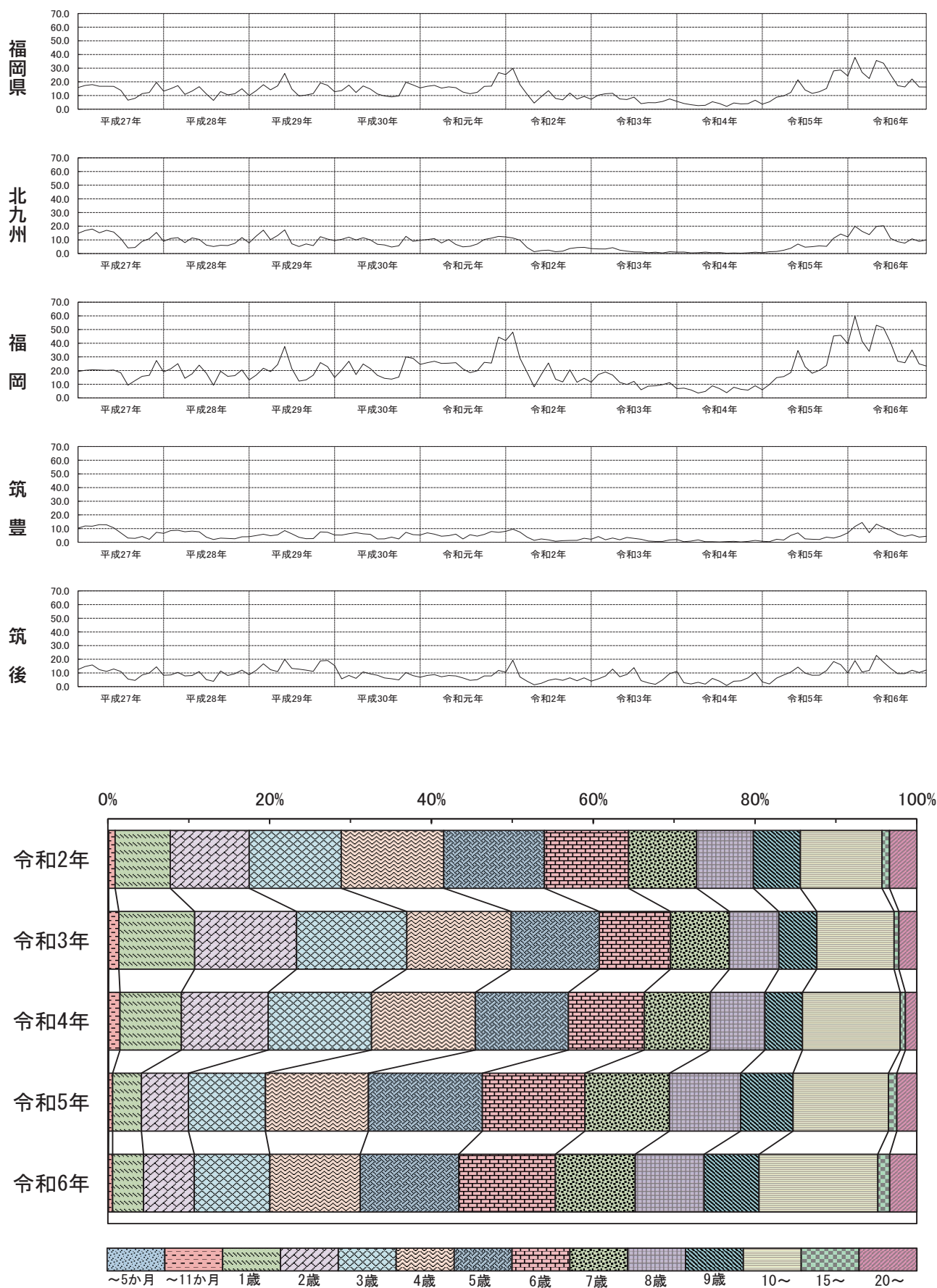
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎の1定点当たりの週別報告数推移



A群溶血性レンサ球菌咽頭炎のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



6. 感染性胃腸炎〔小児科定点〕

平成11年4月施行の感染症法により小児科定点から報告を受けている。平成11年までは0～3歳の臨床的にロタウイルス感染症を疑う胃腸炎を乳児嘔吐下痢症、それ以外は感染性胃腸炎として報告されていたが、両疾病を1疾病に集計し直して統計データを作成した。原因の届出は義務ではないが、定点から任意に報告を受けた原因菌などは集計し、表にまとめた。定点から報告を受けた3類感染症の細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症なども含まれている。

福岡県の内科・小児科・眼科疾病の総報告数中では感染性胃腸炎が9.8%（前年12.5%、前々年55.8%、3年前32.8%）を占めた。令和3年、4年はインフルエンザの報告が少なかったため感染性胃腸炎が総報告数で第1位であったが、令和5年は著増したインフルエンザが第1位、新しく対象疾病となった新型コロナが第2位となり第3位（定点当たり患者数では第2位）、令和6年は第4位であった。感染性胃腸炎の年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、今年234.4（28,131人）、前年293.8（35,251人）で、前年の80%であった。1定点当たりの患者数は昭和62年（1987年）から令和6年（2024年）までそれぞれ264.1、312.5、282.2、253.4、284.8、251.5、290.3、349.5、388.3、342.4、364.3、356.6、354.5、495.6、417.9、428.3、429.4、449.9、404.3、469.0、452.5、444.1、331.5、478.9、385.1、489.1、404.9、416.5、410.9、407.6、390.5、407.1、342.5、230.2、240.3、274.1、293.8、234.4と推移した。令和2年、3年は報告数が少なく、令和4年、5年とやや増加したが、令和6年は再び減少し、以前に比べると報告数は少ない。

季節的には、従来冬と春先にピークを示していた。最近は春先の発生はなだらかな山となり以前のような流行のピークが目立たなくなった。令和5年は年の前半の多発と、12月をピークとする冬の流行を示した。令和6年は夏と冬に報告数が多いがピークがより目立たなくなった。

地区別発生では1定点当たり患者数（及び「患者数」）が北九州252.3（7,317）〔北九州市267.9（6,430）〕、福岡223.4（12,735）〔福岡市167.2（4,848）〕、筑豊150.6（1,657）、筑後279.2（6,422）で、前年と同様の傾向を示した。

罹患年齢は0～5か月1.0%、6～11か月6.0%、1歳13.5%、2歳11.8%、3歳10.5%、4歳9.8%、5歳9.1%、6歳7.3%、7歳5.8%、8歳5.1%、9歳4.0%、10～14歳9.4%、15～19歳1.9%、20歳以上4.8%と分布した。0～3歳は42.7%（前年47.1%、前々年55.9%）で2年連続で減少している。1歳が最も多く、0歳

も多いが、0～5か月は1.0%と少ない（「患者数」は270人）。

男女比は1.14（男14,995人、女13,136人）で男がやや多かった。

定点から報告された病原体（表）のうち細菌ではカンピロバクターが415例（前年515例、前々年791例、3年前917例、4年前957例、5年前663例）と変動している。推定食品として鳥刺、鳥タタキ、レバ刺、焼鳥、焼肉、バーベキュー、生卵などが報告されている。薬剤感受性が報告されたカンピロバクターは4株で、耐性の報告はなかった。サルモネラは99例（前年80例、前々年108例、3年前169例、4年前148例、5年前92例）であった。群別ではO4群19例、O7群27例、O8群2例、O9群5例等で、今年・前年とO7群が最も多かった。腸管出血性大腸菌（EHEC）は11例（前年16例、前々年20例、3年前20例、4年前25例、5年前10例）で、O血清型はO26型1例、O103型1例、O157型7例などであった。その他の大腸菌が多数報告されたが、ほとんどの病原性因子は明らかではない。

ウイルスではロタウイルスが36例（前年56例、前々年19例、3年前15例、4年前25例、5年前1,386例、6年前867例）で令和2年以降非常に少ない。年齢不詳を除き3歳以下が39%（前年48%、前々年84%、3年前54%、4年前64%、5年前76%、6年前78%、7年前76%、8年前90%、9年前86%）である。令和3年までは3歳以下が減少し、年長児、成人例が増加の傾向であった。令和4年は3歳以下が増加したが、令和5・6年は再び減少傾向を示している。ノロウイルスは定点から392例（前年809例、前々年803例、3年前498例、4年前1,197例、5年前946例、6年前773例）と減少した。年齢不詳を除き3歳以下が69%（前年78%、前々年87%、4年前86%、4年前88%、5年前83%、6年前83%、7年前87%、8年前88%、9年前88%）であった。小児科定点からの報告のためか乳幼児が多く、ロタウイルスのような年齢分布の変動は見られなかったが、令和5・6年は3歳以下が低下している。なお、ノロの検査キットは平成24年4月から3歳未満、65歳以上、悪性腫瘍、臓器移植後の患者、抗悪性腫瘍剤、免疫抑制剤、又は免疫抑制効果のある薬剤を投与中の患者には適用となった。

各研究所からロタウイルスが4件（前年2件、前々年0件、3年前0件、4年前0件、5年前20件）、ノロウイルスが4件（前年16件、前々年12件、3年前5件、4年前8件、5年前13件）、サポウイルス1件（前年6件、前々年1件、3年前1件、4年前0件、5年前7件）、アストロウイルスが0件（前年5件、前々年1件、3年前2件、4年前2件、5年前1件）など検出された。

表 定点（令和6年120定点）から報告された感染性胃腸炎の病原体

病原	年齢																計
	0～5 か月	6～11 か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～ 14歳	15～ 19歳	20～ 29歳	30歳 以上	不詳	
<i>Campylobacter</i> ^{*1}		4	4	10	7	18	14	35	29	50	34	171	27	6	6		415
<i>Salmonella</i> ^{*2} O1群			1														1
O4群				2	1	2	1	2		3		7		1			19
O7群			2	2	2		1	4	3	2	4	6			1		27
O8群								1				1					2
O9群						1	1	1		2							5
O13群	1																1
群不詳・その他			4	2	4	3	4	3		3	7	11	1		2		44
<i>Yersinia</i>		1				3		1	1			2					8
<i>Aeromonas</i>			1								1	4					6
<i>Staphylococcus aureus</i>	2	1	1	1					1	1	1	2	1		1		12
EHEC O26,VT(+)												1					1
O103,VT(+)				1													1
O157,VT(+)				3		1					2		1				7
O血清型不明								1			1						2
その他の <i>E. coli</i>	5	12	18	5	6	3	12	2	4	3	5	12	2				89
<i>K. oxytoca</i>					1	1		1		1	3	5					12
Rota virus ^{*3,5}		3	7	3	1	8	4	5		3		2					36
Adeno virus ^{*4,5}	6	26	37	17	5		1	1									93
Noro virus ^{*5}	6	73	102	56	34	20	31	21	7	8	11	4	3	2			192
Rota virus（検査） ^{*6}				1			1	1				1					4
Adeno virus（検査） ^{*6}		2	5	1	1	1		1				1					12
Noro virus（検査） ^{*6}			1	2			1										4
Sapo virus（検査） ^{*6}				1													1
Astro virus（検査） ^{*6}																	0

*1 *Campylobacter*と同時感染例：4例に*Salmonella*、1例に*Aeromonas*、2例に*Staphylococcus aureus*

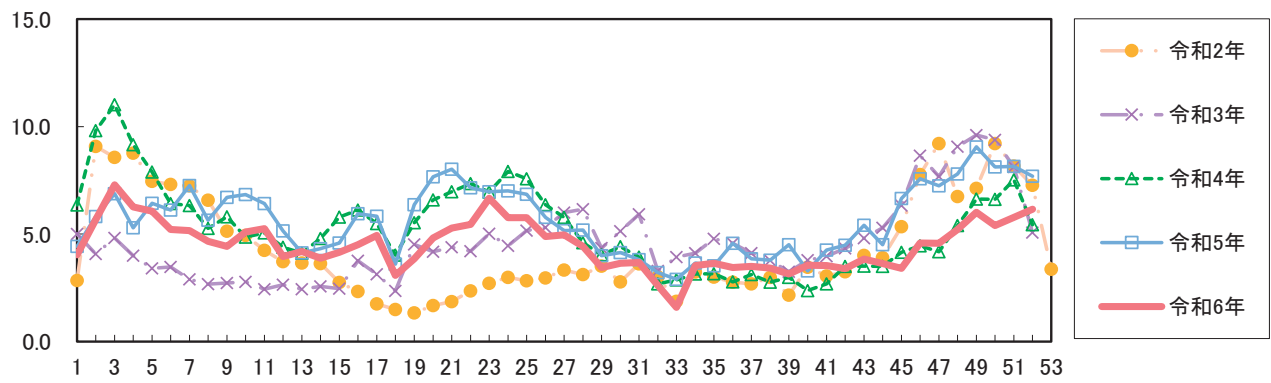
*2 *Salmonella*と同時感染例：1例にアデノ

*3 ロタと同時感染例：1例にノロ

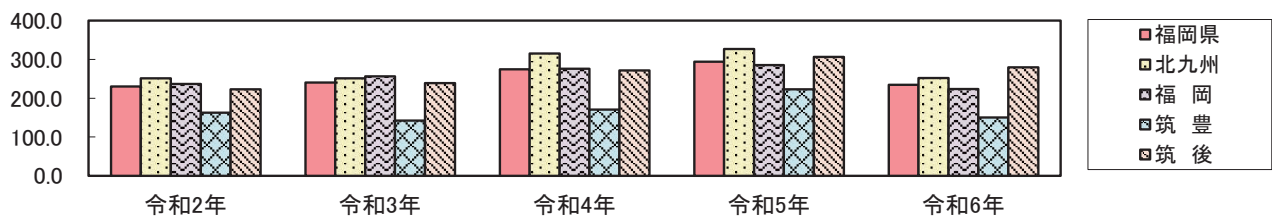
*4 アデノと同時感染例：3例にノロ

*5 定点からの情報による

*6 検査情報による



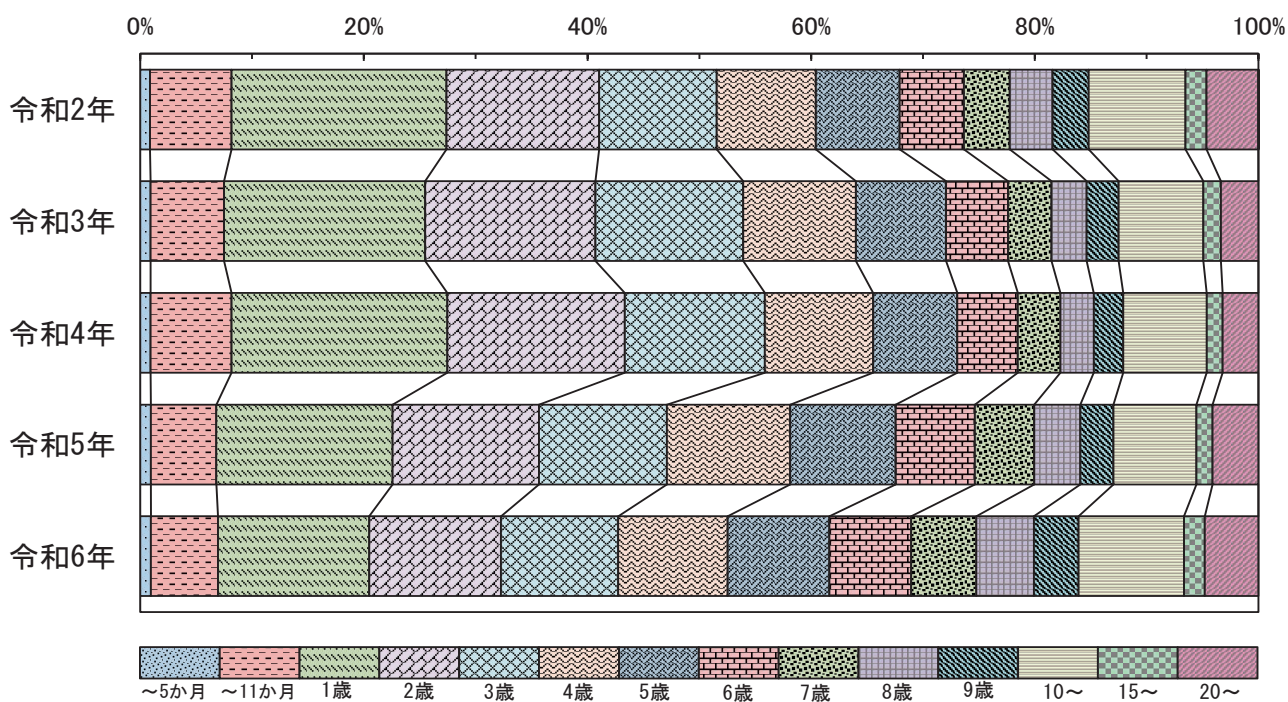
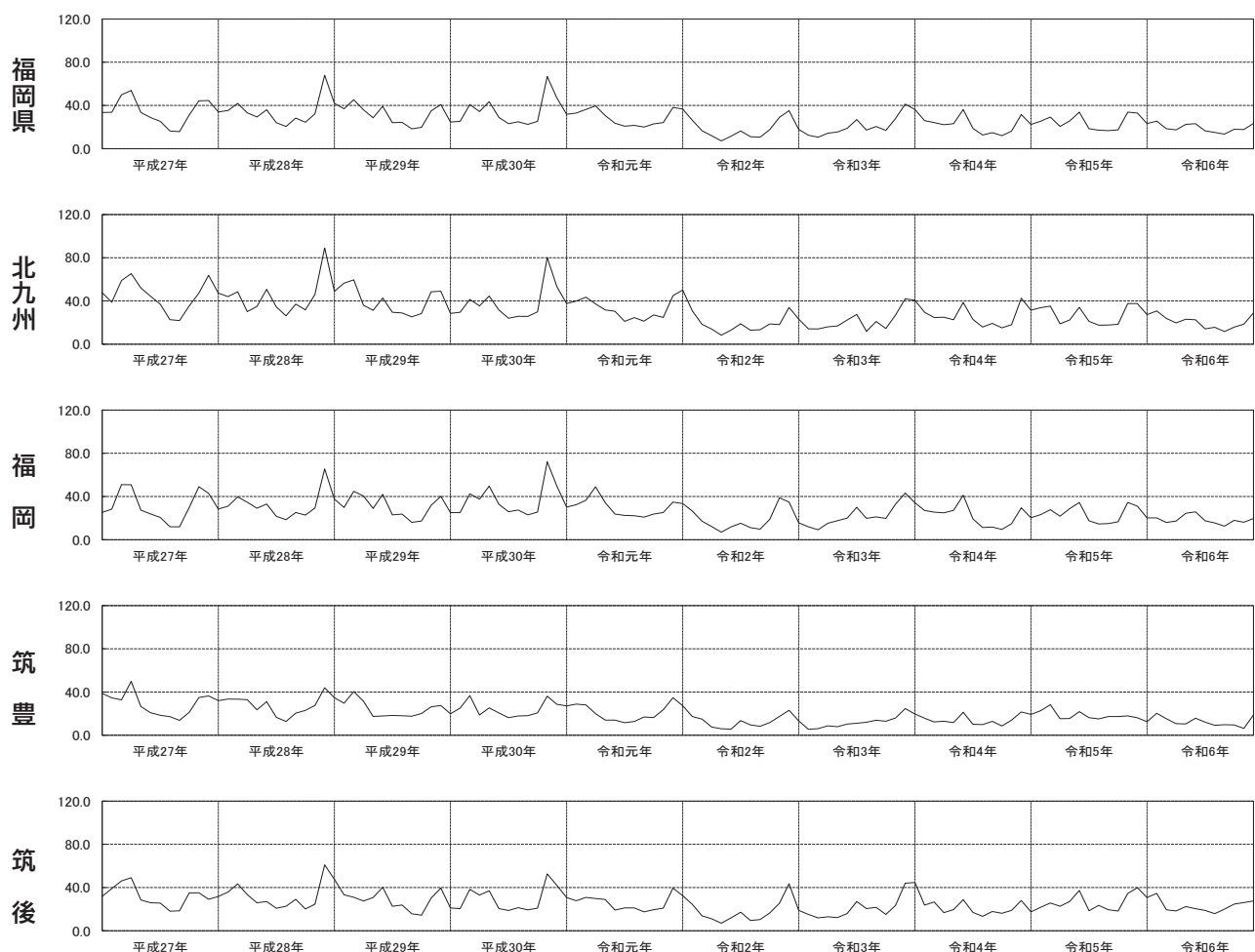
感染性胃腸炎の1 定点当たりの週別報告数推移



感染性胃腸炎のブロック別1 定点当たりの年別報告数推移

感染性胃腸炎

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



7. 水 痘 [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は14.6（1,749）であった（前年比1.90）。昭和56年（1981年）からの1定点当たり年間患者数は、193.2、143.3、166.3、133.9、154.4、153.2、157.0、113.8、113.4、86.0、122.6、103.5、99.9、107.3、86.2、96.2、85.2、84.1、87.0、118.2、121.4、117.1、117.2、112.1、106.6、119.1、102.6、99.5、96.3、108.3、109.3、83.9、91.7、75.4、32.0、26.3、28.0、23.2、27.6、17.6、7.9、5.5、7.7、14.6で2年連続の増加となった。

ワクチン定期接種化以前のような季節性は認められていない。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区12.0（349）〔北九州市12.2（293）〕、福岡地区18.2（1,037）〔福岡市19.3（561）〕、筑豊地区4.9（54）、筑後地区13.4（309）で、北九州地区、福岡地区での増加が目立った。

全国的に北海道、青森県、山形県、新潟県、石川県、埼玉県、千葉県、神奈川県、福岡県が多かった。

罹患年齢は、0歳3.4%（昨年5.7%；6～11か月2.9%（同4.5%））、1歳7.3%（同11.6%）、2歳5.4%（同4.5%）、3歳7.5%（同6.5%）、4歳7.5%（同6.9%）で4歳までが31.2%（同35.2%）とわずかに減少した。定期接種となっていなかった2013年と今年の年齢別割合の比は、1歳0.16（2024年3.4/2013年21.6）、2歳0.27（同5.4/20.0）、3歳0.45（同7.5/16.7）、4歳0.57（同7.5/13.1）と5歳未満は年々減少し、定期接種の効

果が確認できる。一方、8歳7.36（同10.3/1.4）、9歳12.3（同9.8/0.8）、10歳～14歳15.4（同20.0/1.3）となり定期接種の対象外である10歳以上では、定期接種化の効果は認められていない。

男女比は1.21であった。

家族の帯状疱疹が感染源と推定された6例（母親4例、父親2例）が報告された。水痘が感染源と推定されたのが8例（兄弟例、同じクラス）であった。

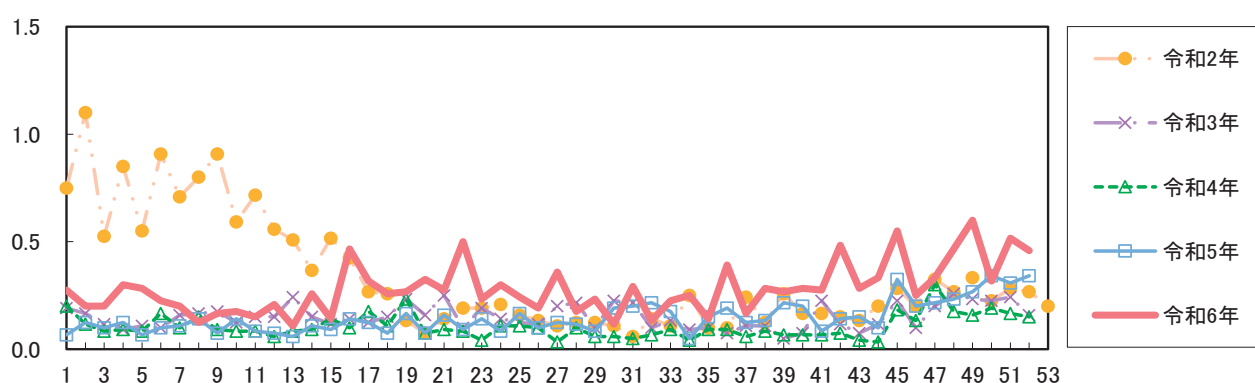
併発症の報告はなかった。

ワクチン接種後の罹患報告例は、644例（昨年361例）と増加した（前年比1.78）。罹患年齢は、1歳4.8%（昨年9.4%）、2歳4.5%（同3.0%）、3歳6.8%（同6.9%）、4歳6.7%（同5.3%）、5歳8.9%（同9.1%）と5歳までで全体の31.7%（昨年33.8%）を占めた。頻度は、患者1,000人当たり368（昨年391）と前年よりわずかに減少した。

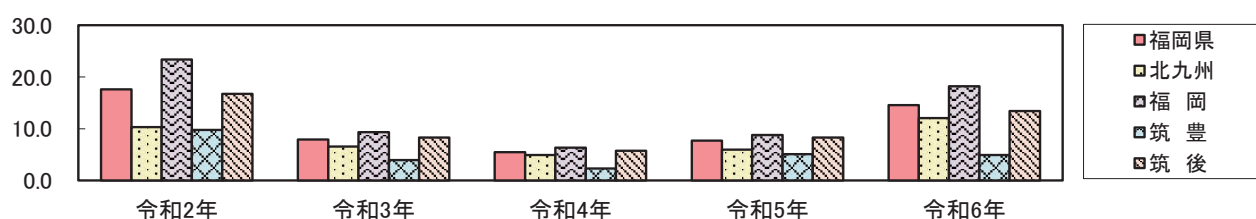
ワクチン接種後から発症までの期間は、1年以内6.5%（昨年10.2%）、1～2年以内4.7%（同5.0%）、2～3年以内6.2%（同6.4%）、3～4年以内6.7%（同6.6%）、4～5年以内6.8%（同8.0%）、5年以上は44.1%（同47.9%）となった。軽症が86.7%（昨年82.4%）であった。

平成26（2014）年10月から水痘ワクチンが定期接種化された。対象年齢は生後12か月から36か月までに2回接種する。2回目の接種で有効性が高まるとする報告が多い。

2回目の接種を忘れずに！



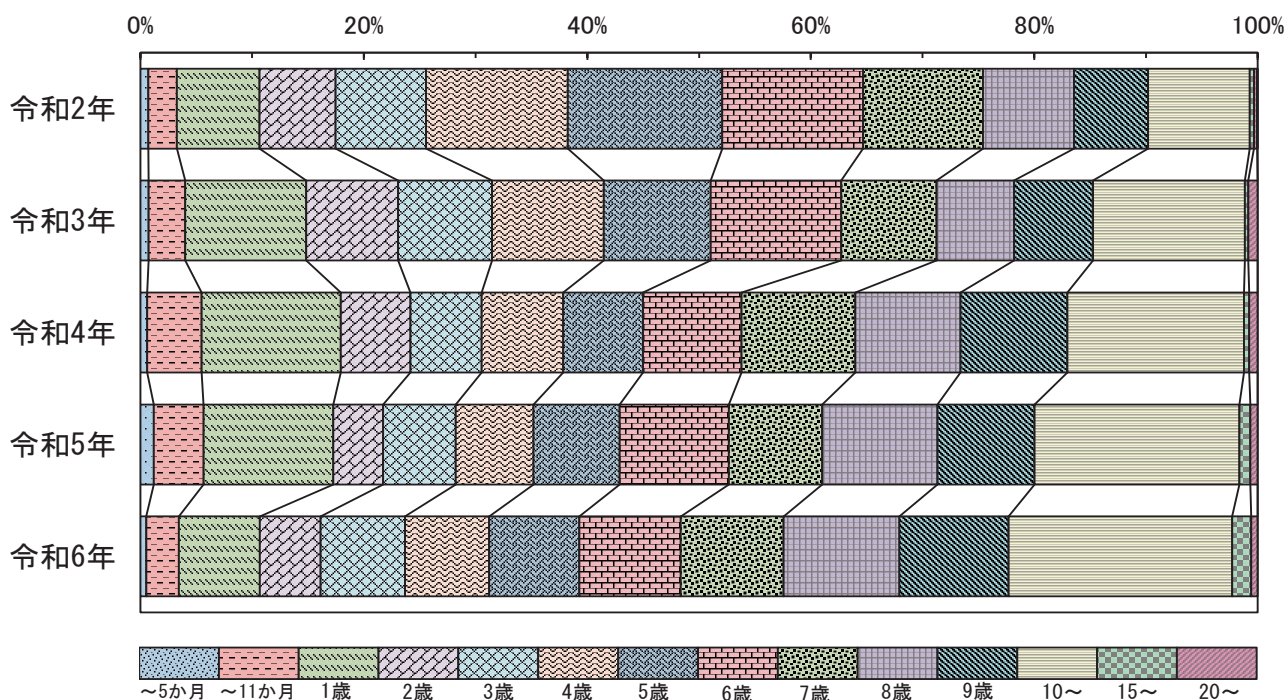
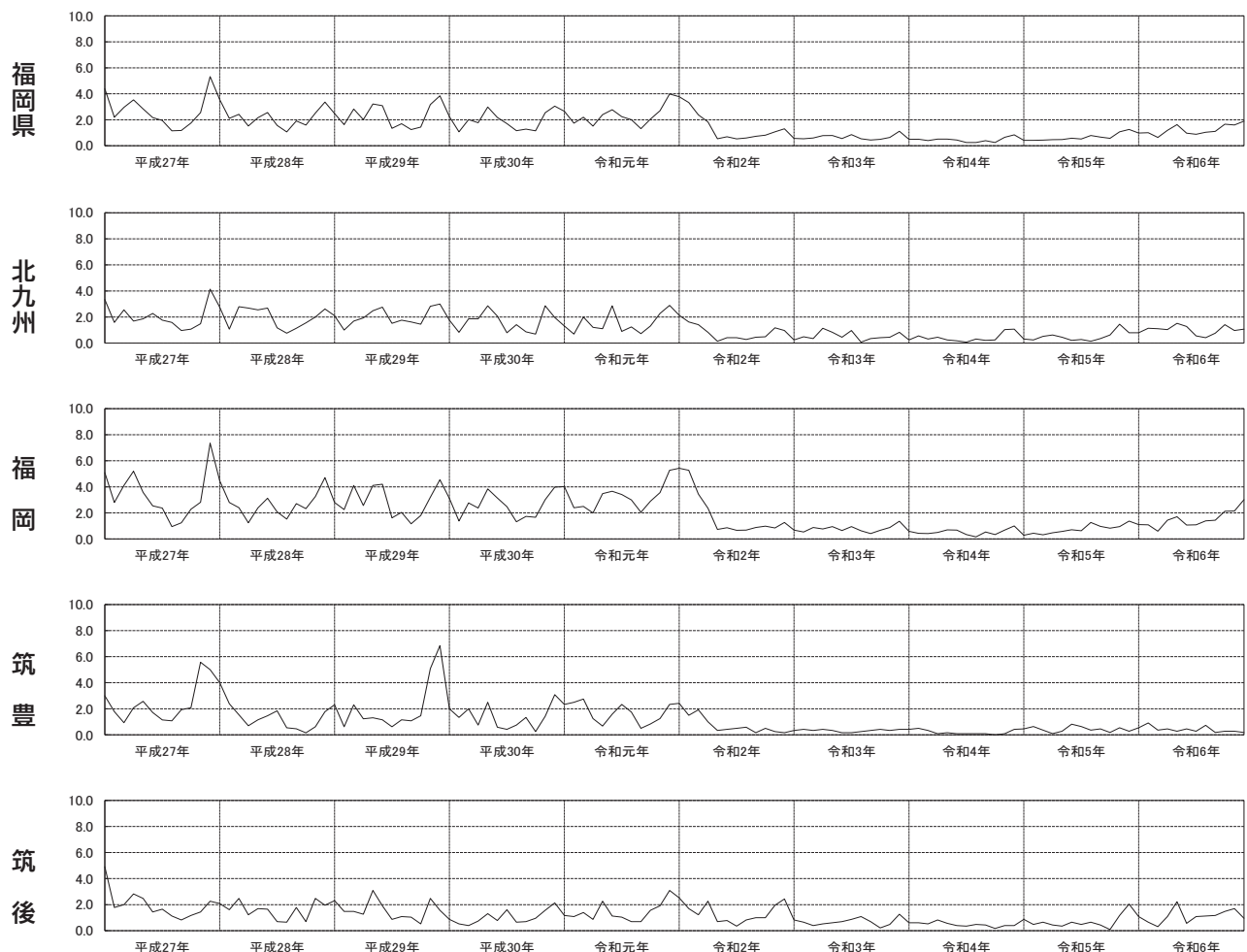
水痘の1定点当たりの週別報告数推移



水痘のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

水痘

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



8. 手足口病 [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は215.7（25,878人）で、前年より増加した（前年比3.17）。昭和56年（1981年）からの1定点当たり年間報告数は、13.8、88.3、41.3、37.2、31.4、14.7、90.9、26.3、9.1、85.0、5.4、37.5、24.5、28.3、91.4、21.9、20.5、42.9、16.6、114.9、121.4、7.5、76.8、62.8、19.3、18.8、70.3、43.1、77.6、49.1、229.6、9.2、129.0、72.7、144.9、31.3、118.8、96.0、168.1、10.6、91.2、31.6、68.1、215.8と2年連続増加し調査開始後2番目に多い報告数となった。

季節性は例年とは異なり、7月と10月に2つのピークが認められた。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区204.8（5,939）〔北九州市197.5（4,741）〕、福岡地区260.4（14,840）〔福岡市232.1（6,730）〕、筑豊地区149.3（1,642）、筑後地区150.3（3,457）で、4地区とも大きく増加した。

都道府県別では、岩手県、宮城県、山形県、新

潟県、富山県、埼玉県、長野県、三重県、愛媛県、鹿児島県が多かった。

年齢割合は、0歳7.9%（昨年9.1%）、1歳27.9%（同35.7%）、2歳19.1%（同22.3%）、3歳13.7%（同13.4%）、4歳11.3%（同8.1%）、5歳8.5%（同5.8%）、6歳4.7%（同2.8%）、7歳2.6%（同1.0%）、8歳1.7%（同0.5%）、9歳1.1%（同0.6%）、10～14歳1.3%（同0.6%）で、0～5歳までの乳幼児が88.3%（同94.3%）であった。

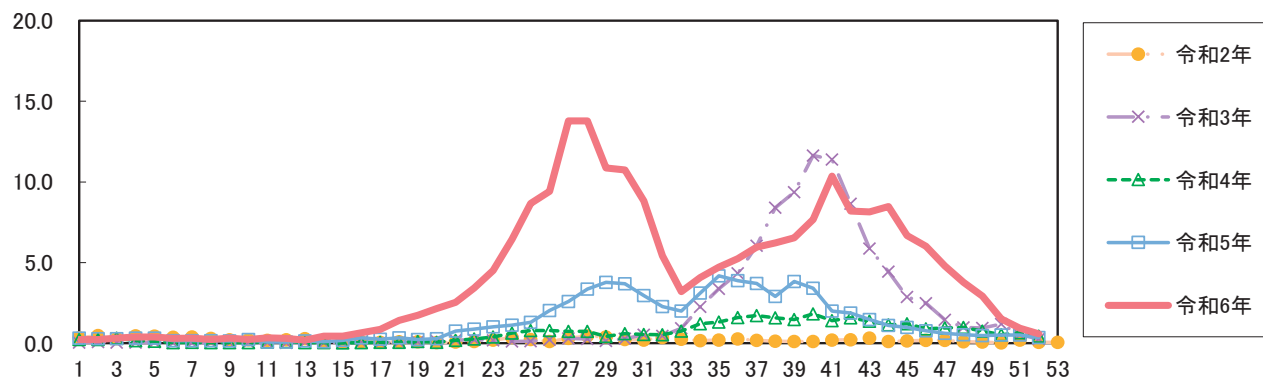
男女比は1.22であった。

今期2回目が17名報告された。

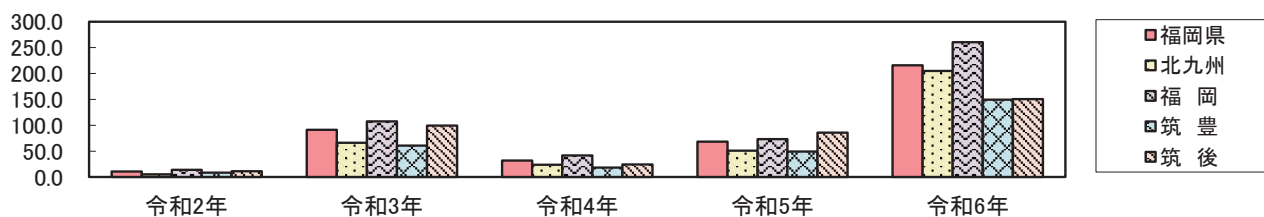
25週に熱性けいれん（2歳男）の報告があった。

本県の検査情報では咽頭ぬぐい液などの67検体中45件からウイルスが検出された。コクサッキーウイルスA16型が23件と最も多く、次いでコクサッキーウイルスA6型が16件、エンテロウイルス71型が4件、コクサッキーウイルスA10型が1件、単純ヘルペスウイルス1型が1件であった。

全国的には、2024年は前半にコクサッキーウイルスA6型、後半にA16型が多く分離された。



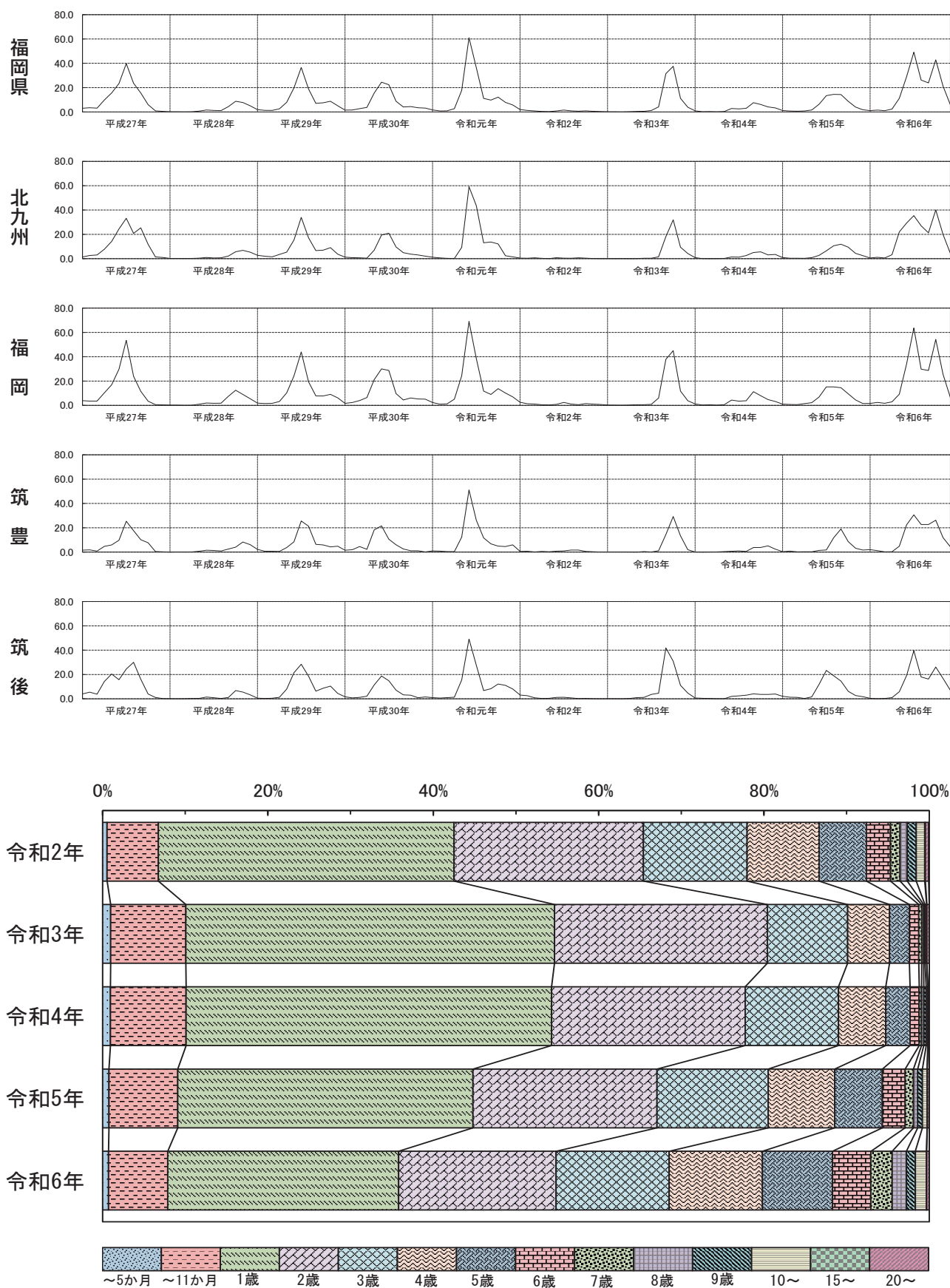
手足口病の1定点当たりの週別報告数推移



手足口病のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

手足口病

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



9. 伝染性紅斑【小児科定点】

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は2.9（350人）で前年より増加した（前年比5.93）。昭和56年（1981年）からの県内1定点当たり年間報告数は、42.6、13.0、6.0、1.5、0.7、8.6、69.3、3.8、1.1、1.6、17.6、43.2、3.3、2.5、12.4、30.9、10.0、7.1、9.0、15.8、37.0、8.7、4.4、13.8、38.0、19.5、11.4、3.1、1.4、41.9、37.3、1.6、1.1、4.4、44.0、17.4、2.9、7.1、64.8、9.2、0.9、0.5、0.5、2.9となり、調査開始後最も少なかった前年よりやや増加した。

季節性は認められなかった。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区2.1（62）〔北九州市2.0（48）〕、福岡地区3.3（187）〔福岡市3.3（97）〕、

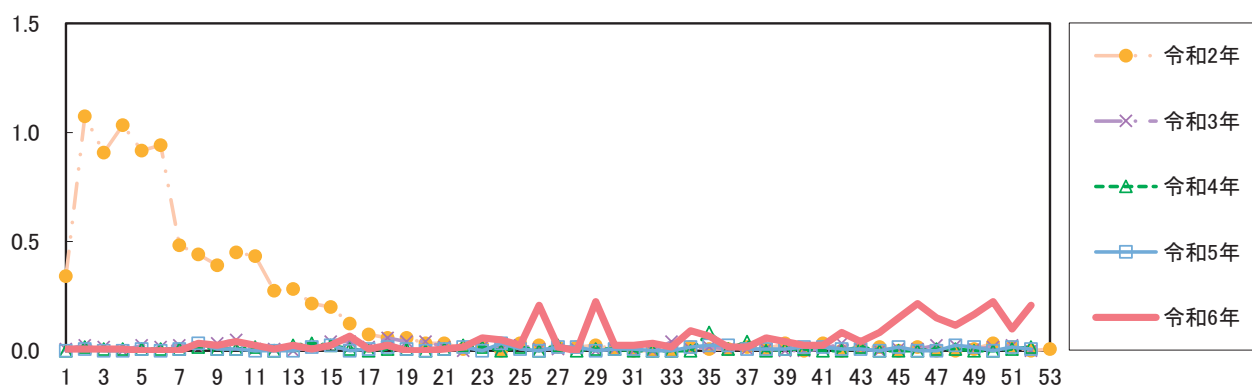
筑豊地区3.6（40）、筑後地区2.7（61）と4地区とも増加した。

全国的には、青森県、岩手県、宮城県、福島県、栃木県、埼玉県、千葉県、神奈川県、長野県が多かった。

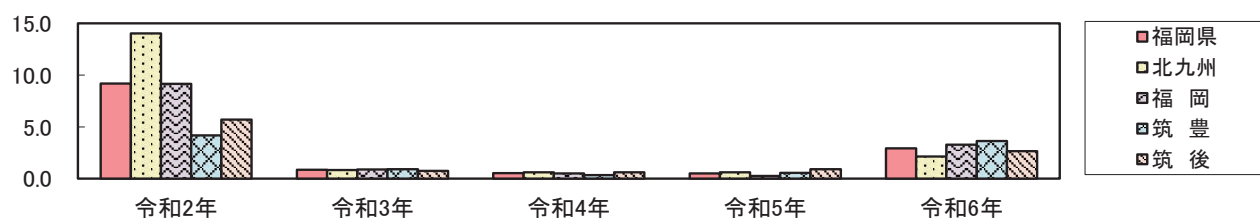
年齢割合は0～5か月0.3%（昨年0.0%）、6～11か月3.7%（同5.1%）、1歳18.6%（同20.3%）、2歳9.1%（同13.6%）、3歳13.7%（同16.9%）、4歳13.1%（同16.9%）、5歳12.6%（同8.5%）、6歳10.3%（同8.5%）、7歳6.9%（同3.4%）、8歳4.3%（同1.7%）、9歳3.1%（同0.0%）、10～14歳3.7%（同5.1%）、15歳以上0.6%（同0.0%）で、10歳未満が95.7%であった。

男女比は1.10であった。

重篤な合併症は、報告されていない。



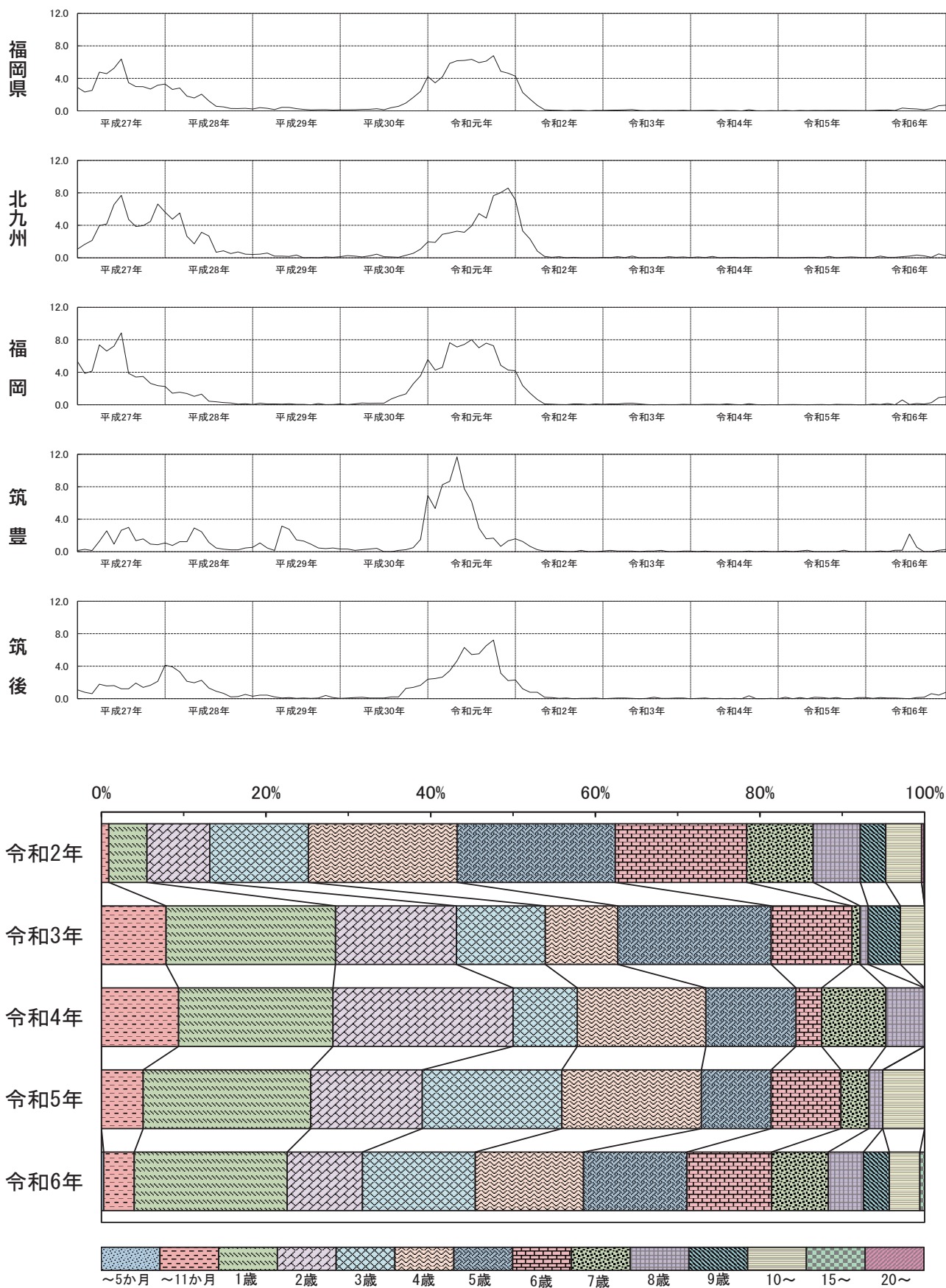
伝染性紅斑の1定点当たりの週別報告数推移



伝染性紅斑のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

伝染性紅斑

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



10. 突発性発しん [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は18.8（2,261人）で、前年よりやや減少した（前年比0.98）。昭和56年（1981年）からの県内1定点当たり年間報告数は、46.4、63.0、63.1、59.1、57.9、60.7、58.2、49.6、48.5、49.0、44.3、47.5、46.8、56.1、54.6、52.0、48.8、45.9、46.4、52.3、60.8、57.4、53.5、51.1、51.4、46.7、46.8、47.4、46.2、43.4、43.7、42.1、41.6、43.3、41.1、35.6、33.2、34.2、31.0、32.7、30.0、24.5、19.2、18.8で、調査開始後、最も少なかった。

本疾病はワクチンや抗ウイルス薬もないため、近年の減少の理由は不明であり、今後の動向を注視していく必要がある。

休日の影響などによる週ごとの増減は、年末・年始、大型連休、お盆以外は認められなかった。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区15.9（461）[北九州市15.8（379）]、福岡地区18.2（1,039）[福岡市

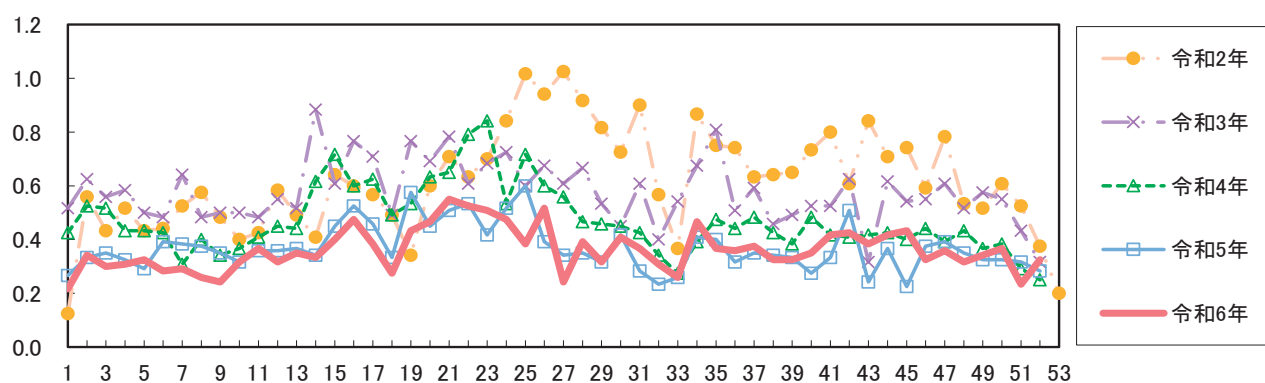
17.0（494）]、筑豊地区14.3（157）、筑後地区26.3（604）で、例年と同じく筑後地区が多かった。

全国的には、福岡県は佐賀県、大分県、熊本県、宮崎県、山口県、愛媛県、島根県、群馬県、山形県、と同じく報告数が多い県となっている。報告数の多い県の分布に変化はなかった。

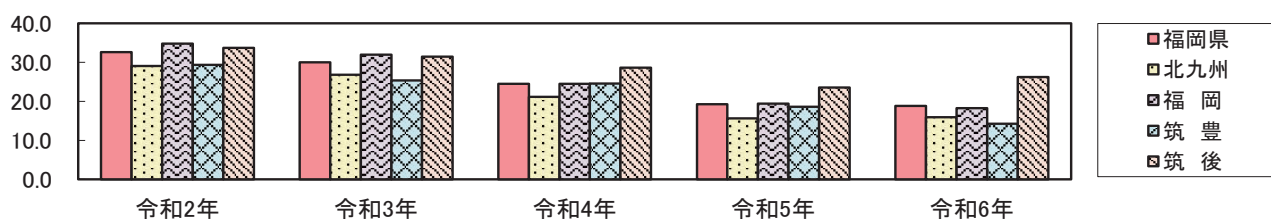
年齢割合は0～5か月1.3%（昨年1.0%）、6～11か月23.8%（同26.6%）、1歳59.4%（同57.6%）と0歳児が25.1%（同27.7%）であった。0歳児の割合は、平成17年以降72.9%、70.5%、67.3%、65.5%、63.8%、59.9%、57.6%、53.4%、50.1%、48.6%、47.6%、46.4%、40.8%、40.0%、37.2%、35.9%、32.2%、31.0%、27.7%、25.1%と少しずつ減少している。相対的に1歳の割合が増加し、5年連続50%以上となった。

男女比は1.02であった。

重篤な合併症は、報告されていない。



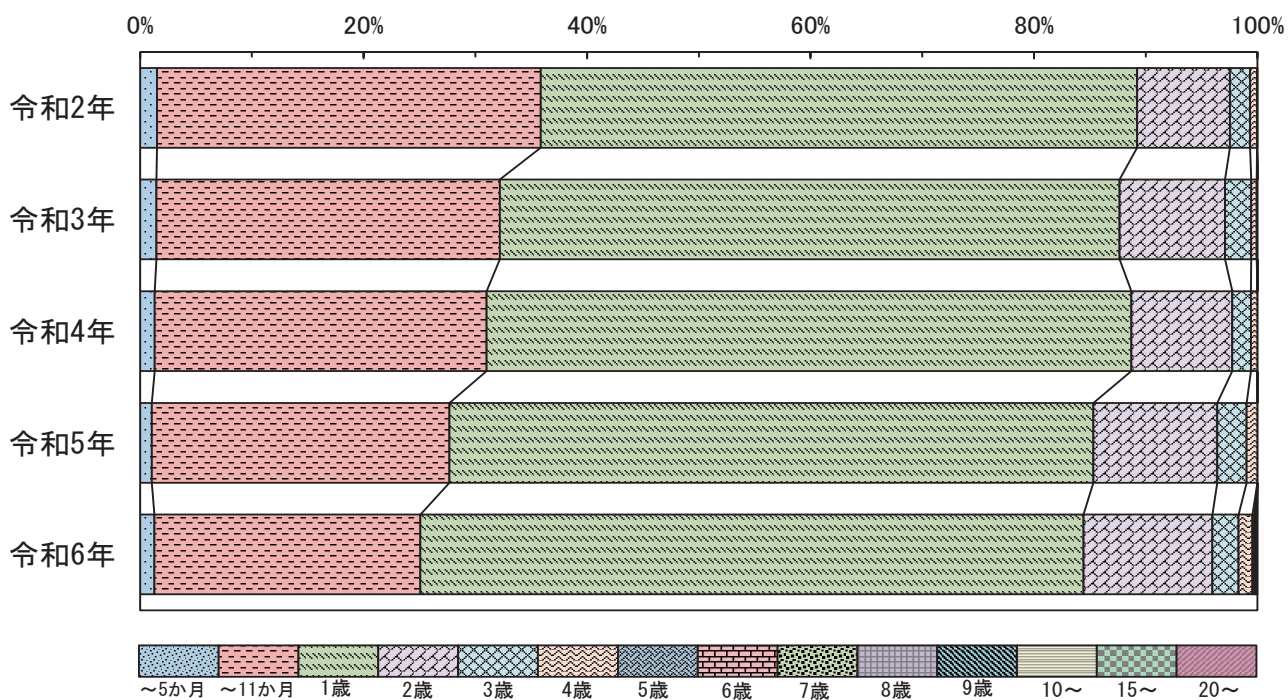
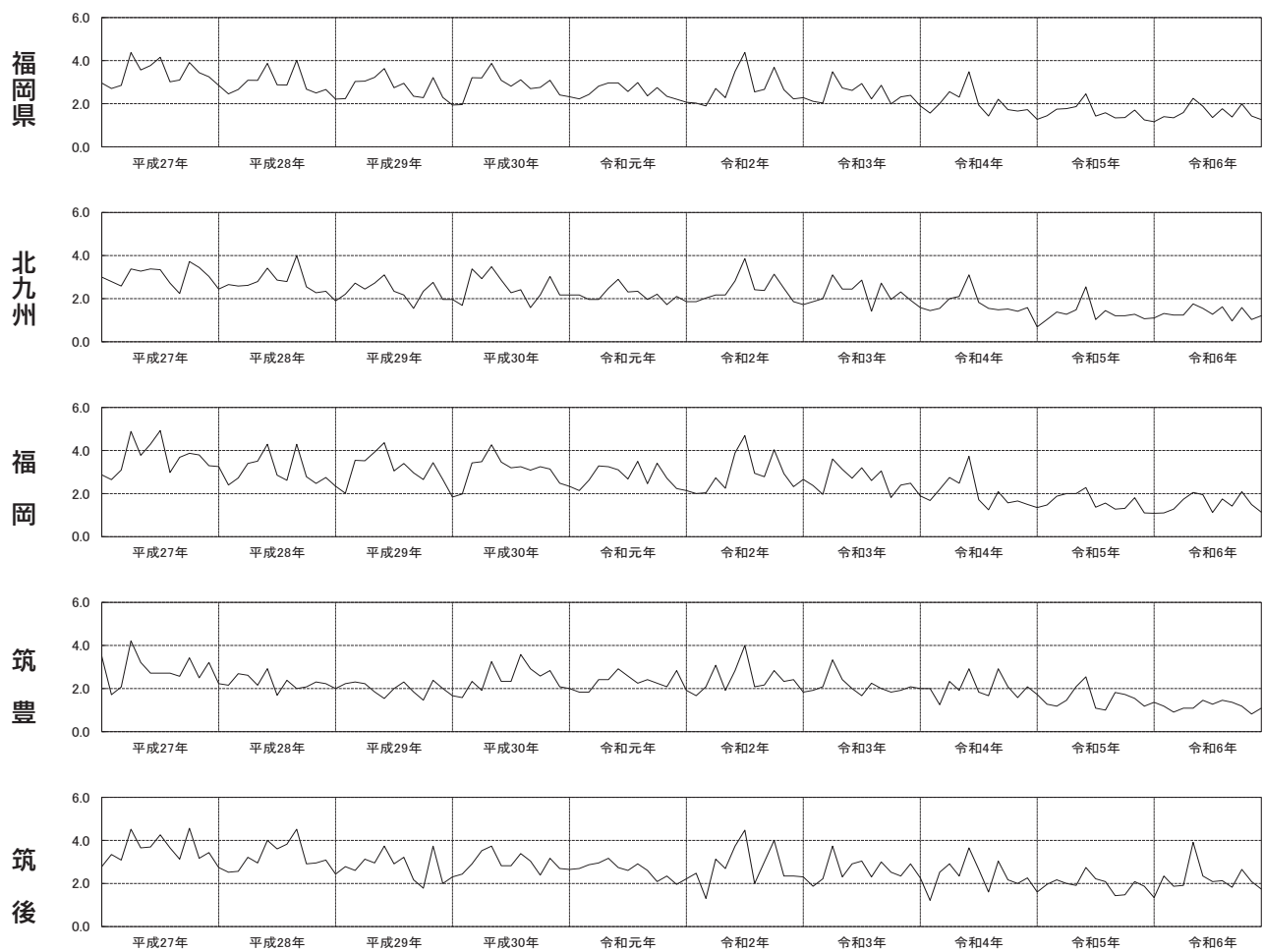
突発性発しんの1定点当たりの週別報告数推移



突発性発しんのブロック別1定点当たりの年別報告数推移

突発性発しん

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



11. 百日咳 [5類全数]

平成20年1月1日から全国的に百日咳は5類全数把握対象疾病となっている。福岡県では小児科定点からの報告は令和6年末で終了したため、今年度からは全数報告のみとなっている。

2020年（令和2年）～2024年（令和6年）の週別報告数を図1に示す。2024年は217人（昨年23人）と大幅に増加した（前年比9.43）。

2020年（令和2年）～2024年（令和6年）のブロック別報告数を図2に示す。2024年も例年同様に、福岡地区が最多で187人（昨年19人）で、全体の86.2%（同79.1%）を占めた。

年齢別では、2024年は10代以上が最多で124例（57.1%）あった（図3）。

予防接種歴別の報告では、百日せき含有ワクチン4回接種済みの患者（接種歴不明を除く）が71.6%（昨年69.2%）を占めた（図4）。

* 診断に際しては、迅速抗原検査（イムノクロマト法）の疑陽性が多く認められていることが関連学会から報告されている。PCR法やLAMP法（遺伝子検出法）での確定診断をお願いします。

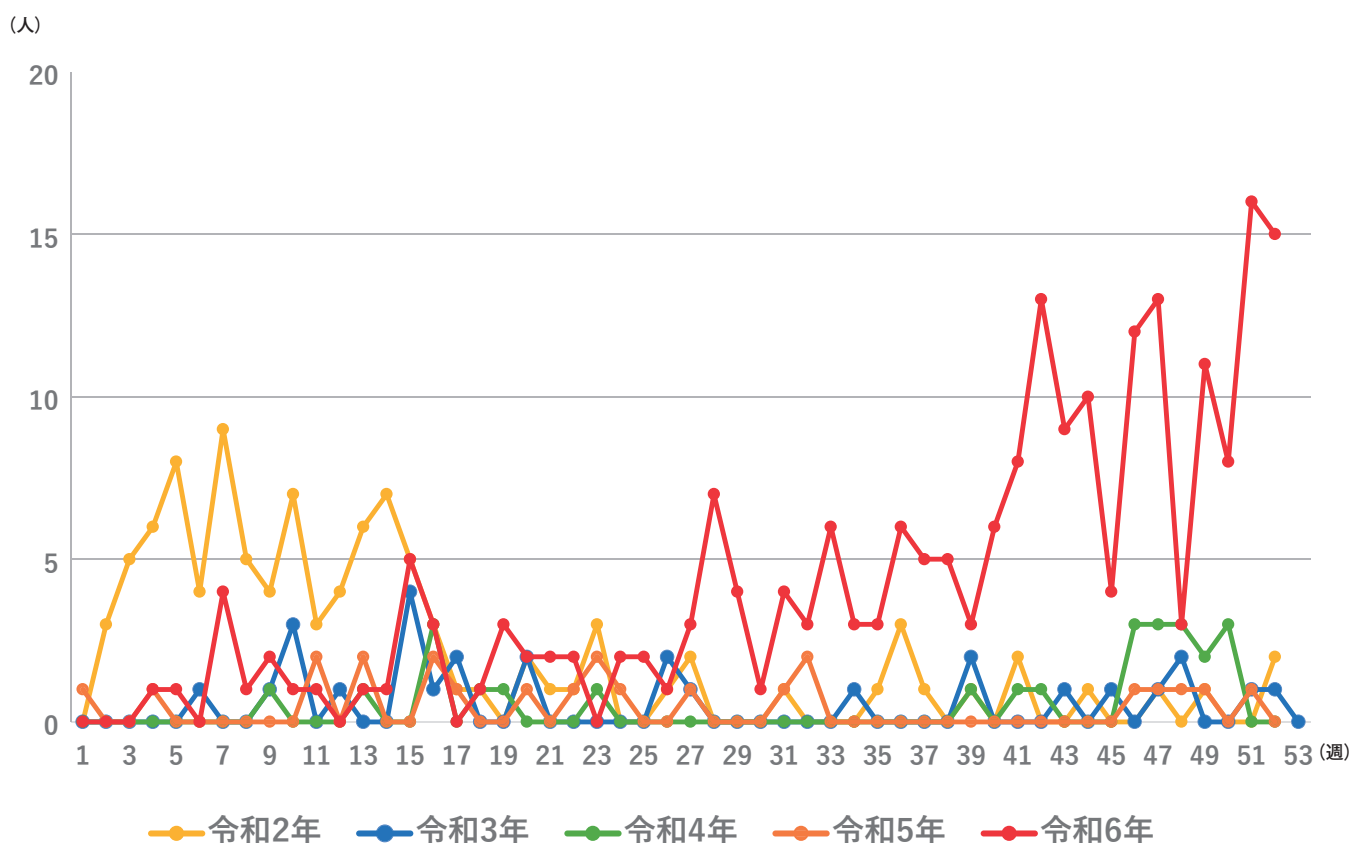


図1. 百日咳 [全数] の週別報告数の推移

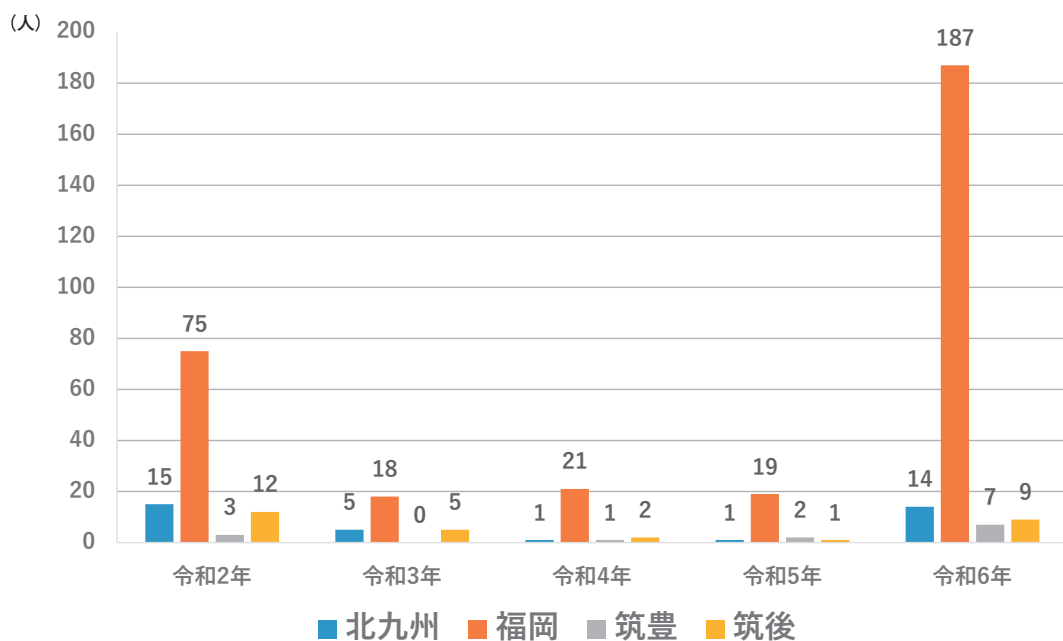


図2. 百日咳〔全数〕のブロック別報告数

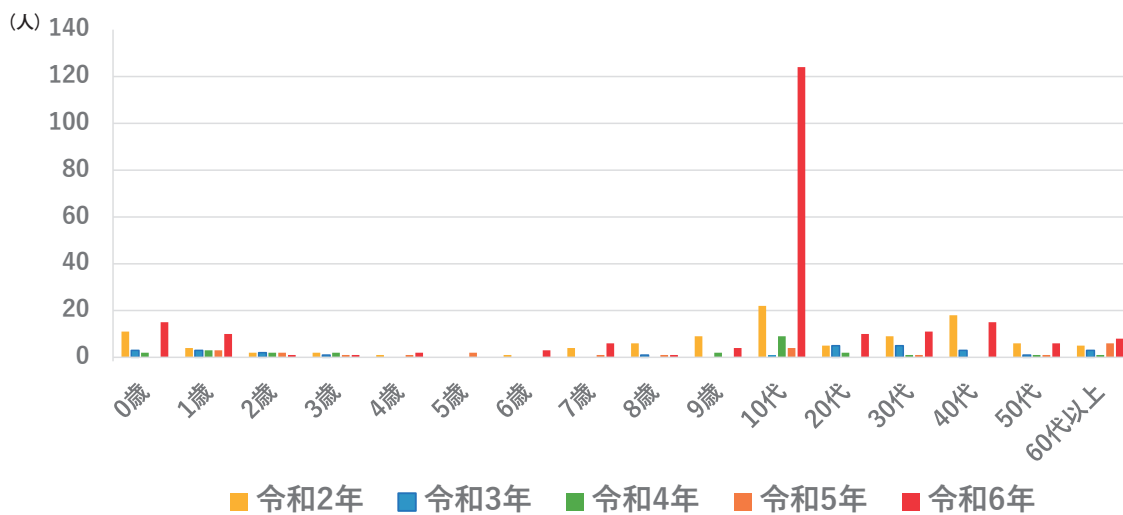


図3. 百日咳〔全数〕の年齢別報告数

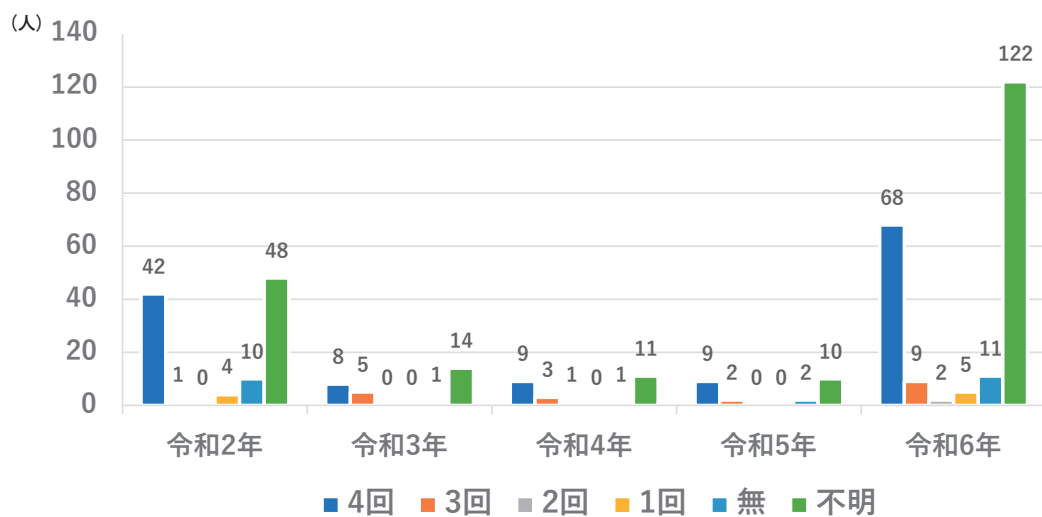


図4. 百日咳〔全数〕の予防接種歴別報告数（令和2年～令和6年）

12. 風しん [5類全数]

平成20年1月1日から全国的に風しんは5類全数把握対象疾病となっている。福岡県では小児科定点からの報告は令和6年末で終了したため、今年度からは全数報告のみとなっている。

2020年（令和2年）～2024年（令和6年）の週別報告数を図1に示す。2020年（令和2年）5人、2021年（令和3年）0人、2022年（令和4年）1人、2023年（令和5年）1人、2024年（令和6年）は0人となった。

2020年（令和2年）～2024年（令和6年）のブロック別報告数を図2に示す。2020年（令和2年）福岡地区から4人、筑豊地区から1人、2022年（令和4年）も福岡地区から1人、2023年（令和5年）は筑後地区から1人の報告があった。

性別・年齢階級別の報告数を図3に示す。2020年（令和2年）は5人中3人が男性（20歳代1人、30歳代1人、60歳以上1人）であった。2022年（令和4年）の1人は10歳未満男性であった。2023年（令和5年）の1人は60代以上の男性であった。

図4に予防接種歴別報告数を示す。

今般の麻疹・風しん混合（MR）ワクチンの

偏在や供給の課題に対応して、厚生労働省から接種対象期間を超えても接種可能とする事務連絡が2025（令和7）年3月11日発出された。令和6年度内に生後24月に達する、又は達した者（第1期対象者）、および令和6年度における第2期対象者で、年度内に接種を受けられない、又は受けられなかった者は、2025（令和7）年4月1日から2027（令和9）年3月31日までの2年間、接種対象期間を超えて接種を行って差し支えないとなっている。

一方、これまで風しん定期接種を受ける機会がなかった1962年（昭和37年）4月2日から1979年（昭和54年）4月1日までの間に生まれた男性に対して、予防接種法に基づいた風しん第5期定期接種は2019年（平成31年）4月から開始され、2025年（令和7年）3月で終了した。但し、令和6年度末までに抗体検査を実施した結果、風しんの抗体が不十分な方であってMRワクチンの偏在等が生じたことを理由にワクチン接種ができなかった対象者は、接種対象期間を超えて接種を行って差し支えないとなっている（令和7年度以降で抗体検査を実施した方は対象外）。

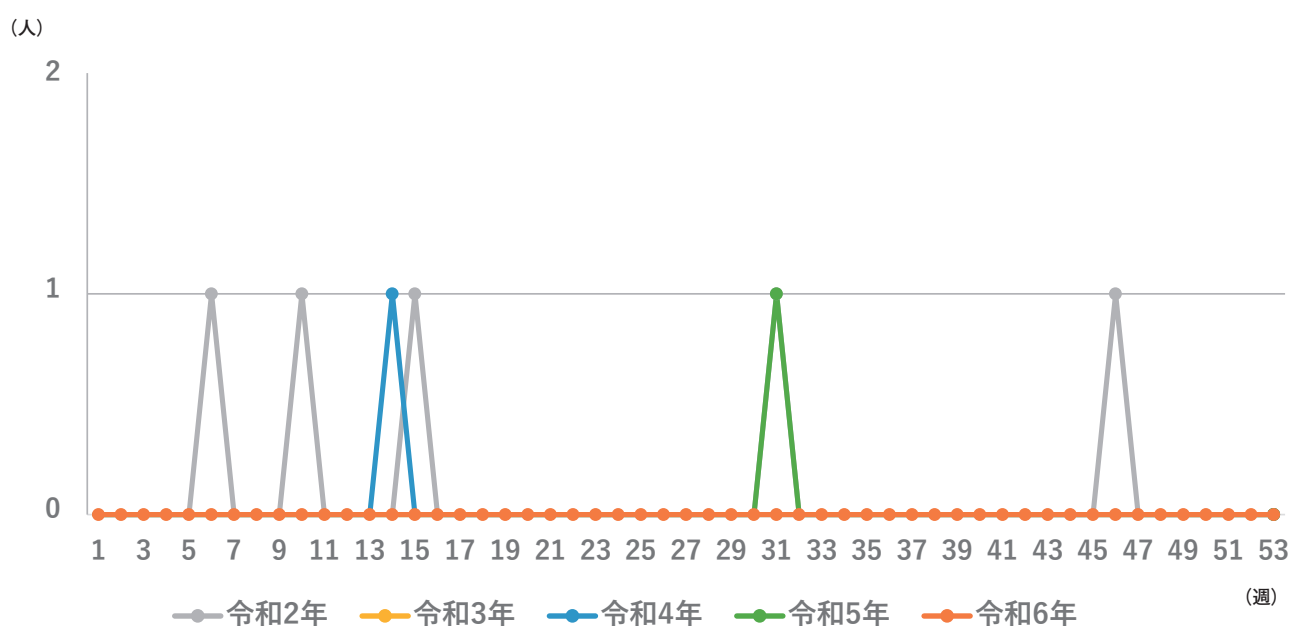


図1. 風しん [全数] の年別・週別報告数（令和2年～令和6年）

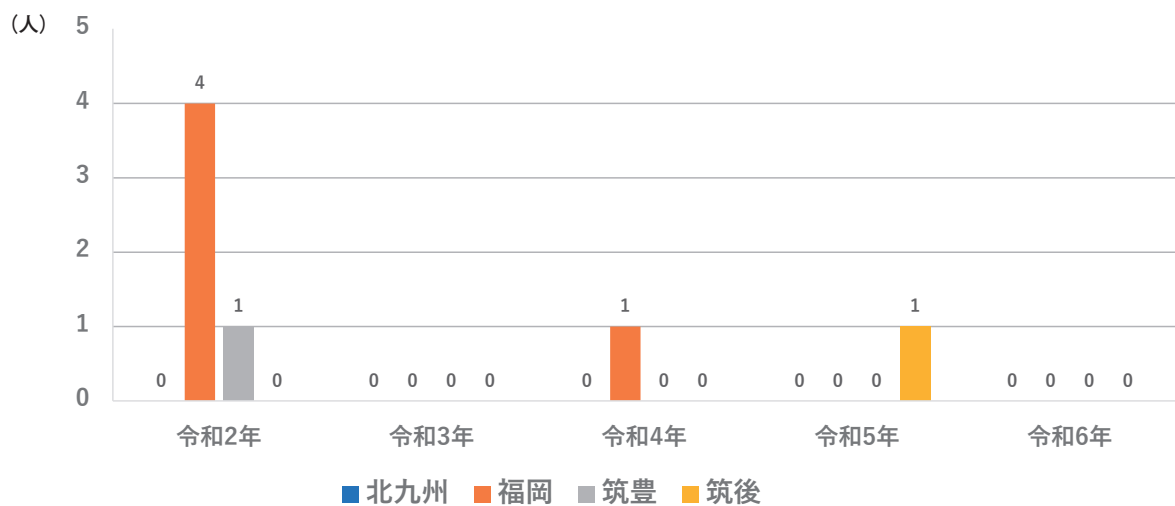


図2. 風しん〔全数〕の年別・ブロック別報告数（令和2年～令和6年）

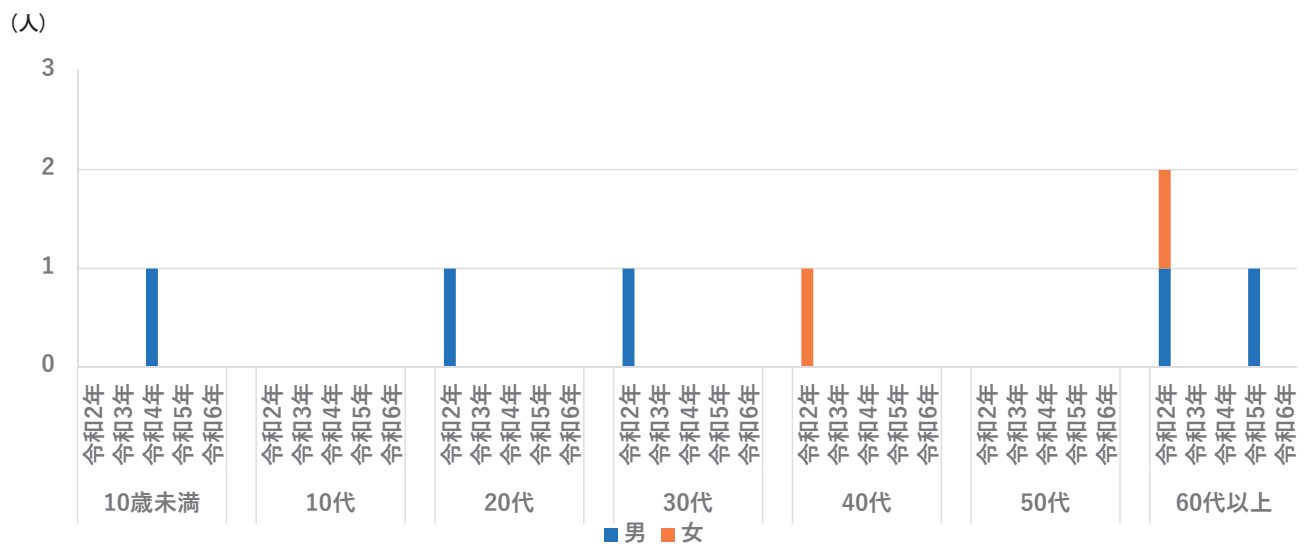


図3. 風しん〔全数〕の性別・年齢階級別報告数（令和2年～令和6年）

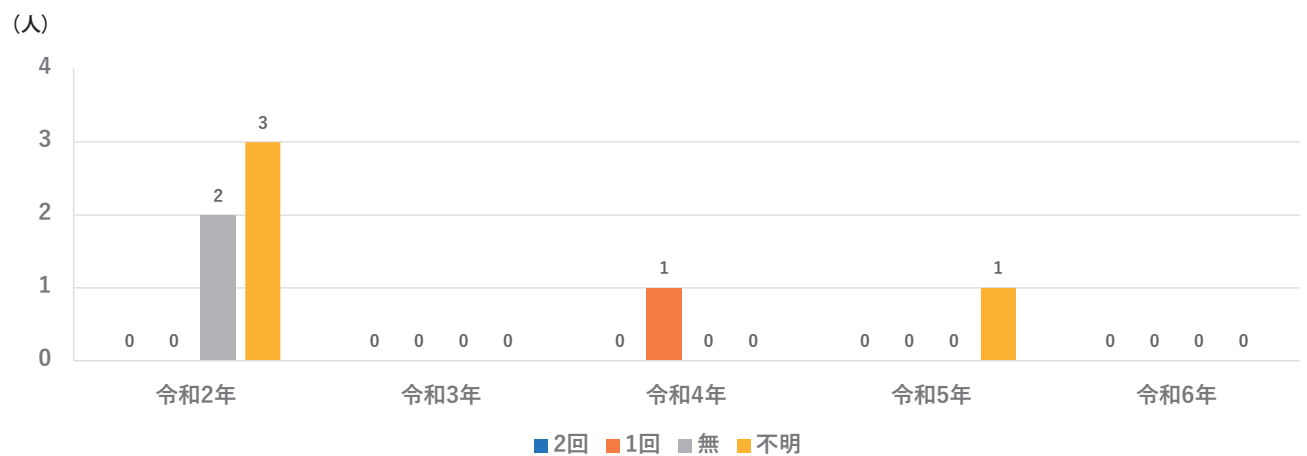


図4. 風しん〔全数〕の予防接種歴別報告数（令和2年～令和6年）

13. ヘルパンギーナ [小児科定点]

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は26.6（3,190人）と前年より減少した（前年比0.41）。1定点当たり患者数は昭和56年（1981年）から、それぞれ66.1、80.3、71.5、134.9、53.3、61.4、63.2、64.3、30.4、39.7、43.5、55.2、31.9、45.4、33.8、64.4、39.2、38.1、52.0、37.2、31.9、41.1、51.5、35.9、39.6、42.8、49.8、29.1、30.9、33.4、41.1、34.6、25.4、39.2、58.8、30.6、57.6、28.0、44.1、31.6、16.7、16.8、65.3、26.6と令和6年は例年の報告数となった。

季節性は、前年と同様な推移を示し、ピークは7月であった。

地域ブロック別では、年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州12.4（361）〔北九州市13.5（323）〕、福岡35.1（2,001）〔福岡市32.9（953）〕、筑豊12.8（141）、筑後29.9（687）となり、全地区で減少した。

全国的には、山形県、新潟県、群馬県、埼玉県、静岡県、愛媛県、佐賀県、大分県、宮崎県、鹿児島県が多かった。

罹患年齢は0～5か月1.0%（昨年0.8%）、6～11

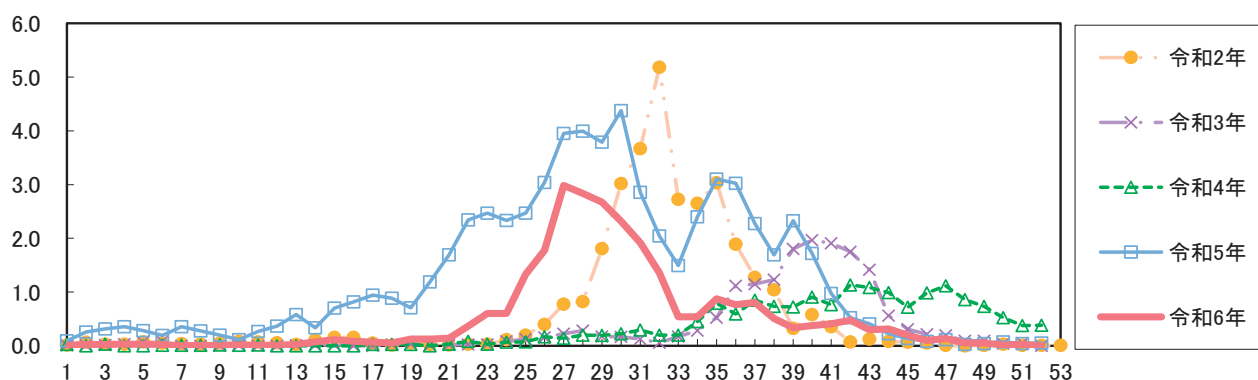
か月9.2%（同8.3%）、1歳26.1%（同26.3%）、2歳18.6%（同20.8%）、3歳13.5%（同15.9%）、4歳11.7%（同11.1%）、5歳7.9%（同8.2%）、6歳5.0%（同3.9%）、7歳2.8%（同1.7%）、8歳1.4%（同1.1%）、9歳1.0%（同0.7%）、10～14歳1.6%（同0.9%）であった。1歳がピークで、3歳までで68.5%（昨年72.2%）、5歳までで88.1%（同91.5%）を占める乳幼児の疾病である。年齢構成に大きな年次変化は認められない。

男女比は1.02であった。

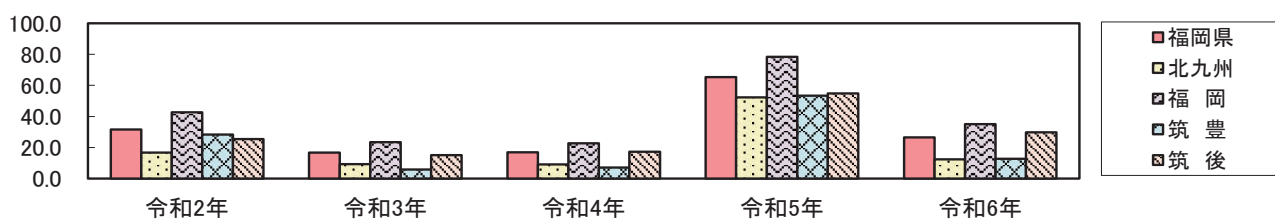
本疾病の原因はコクサッキーウイルスA群が多い。

本県の検査情報では咽頭ぬぐい液などの18検体中11件からウイルスが検出された。コクサッキーウイルスA6型6件、コクサッキーウイルスA5型2件、アデノウイルス2型1件、ライノウイルス1件、コクサッキーウイルスB3型1件が検出された。

全国的には、2024年シーズンはコクサッキーウイルスA6型が最も多かった。次いで、コクサッキーウイルスA10型、コクサッキーウイルスA5型が多かった。



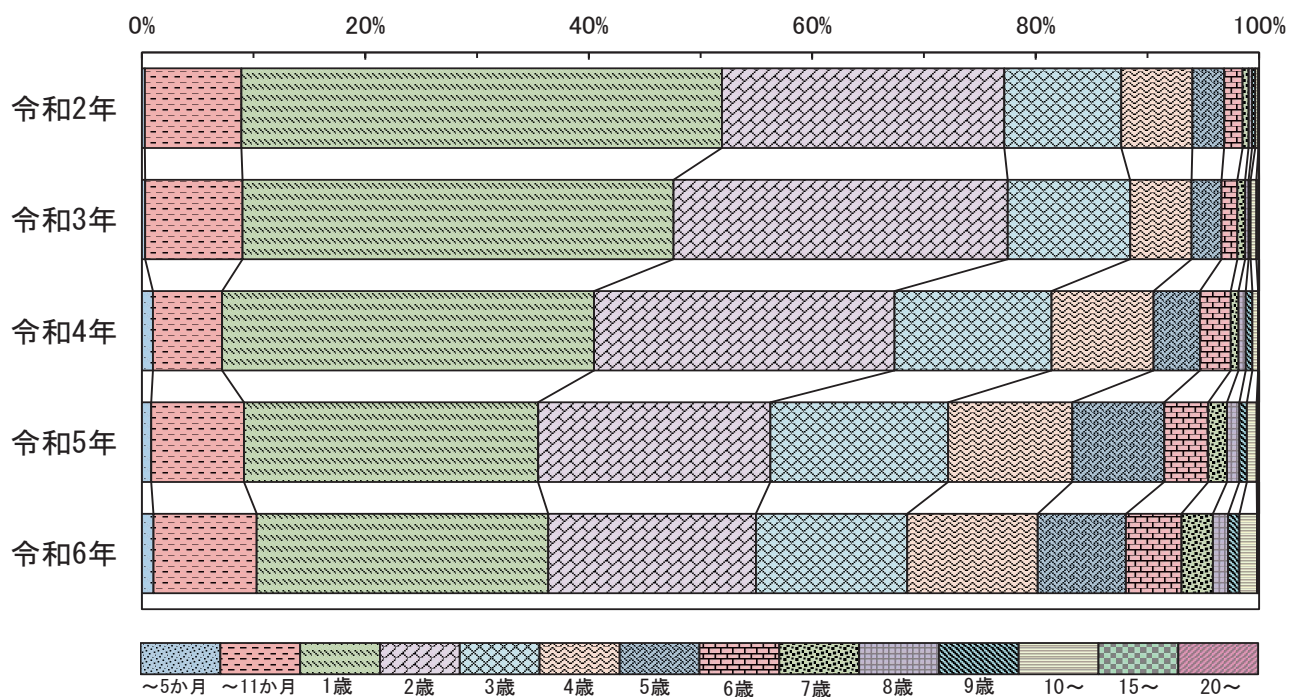
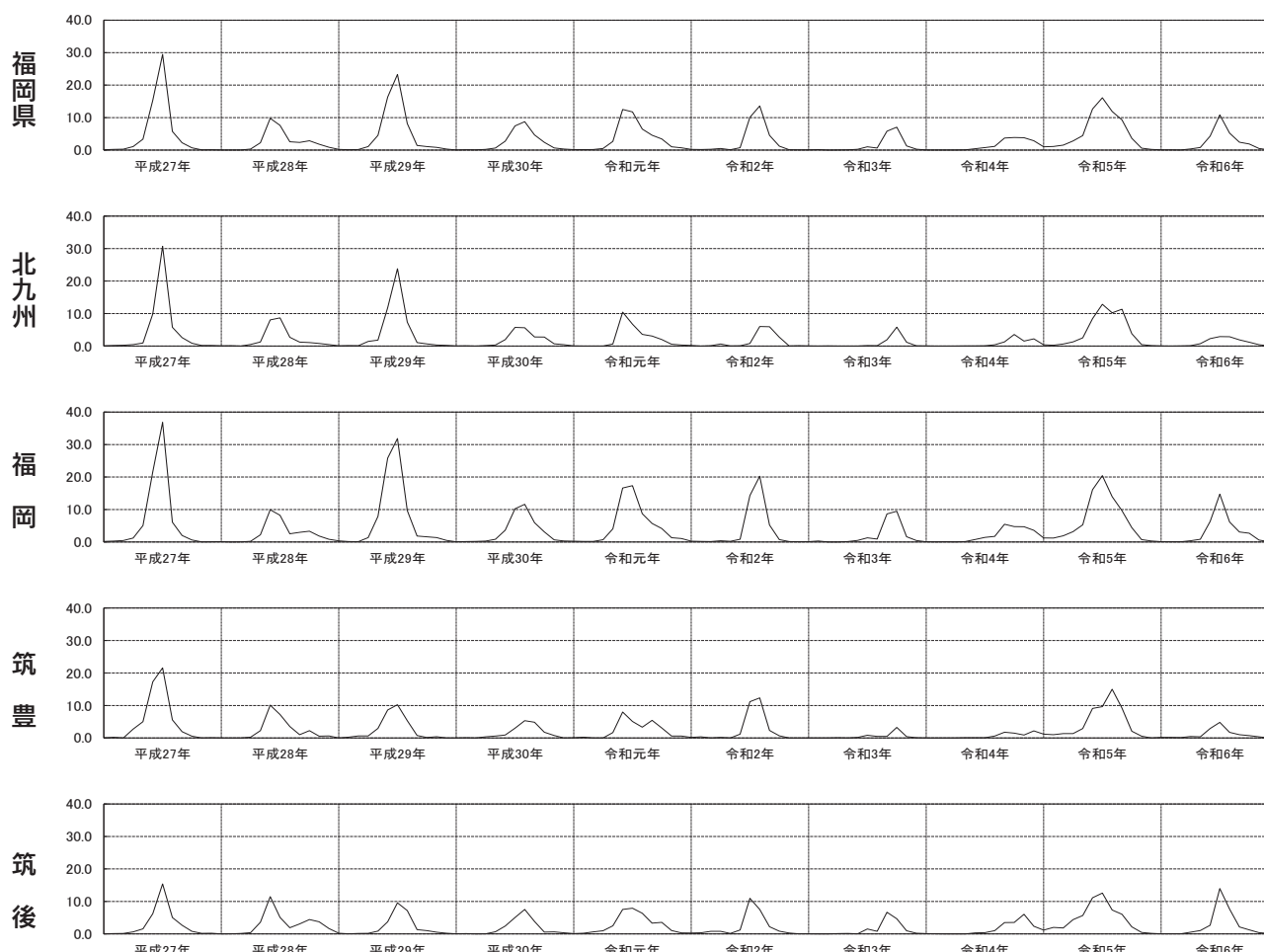
ヘルパンギーナの1定点当たりの週別報告数推移



ヘルパンギーナのブロック別1定点当たりの年別報告数推移

ヘルパンギーナ

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



14. 麻しん [5類全数]

平成20年1月1日から全国的に麻しんは5類全数把握対象疾病となっている。福岡県では小児科定点からの報告は令和6年末で終了したため、今年度からは全数報告のみとなっている。

2020年（令和2年）～2024年（令和6年）の週別報告数を図1に示す。2020年（令和2年）1人、2021年（令和3年）1人、2022年（令和4年）0人、2023年（令和5年）0人、2024年（令和6年）は1人となった。

2020年（令和2年）～2024年（令和6年）のブロック別報告数を図2に示す。2020年（令和2年）は北九州地区から1人、2021年（令和3年）は福岡地区から1人、2024年（令和6年）は筑豊地区から1人の報告があった。

性別・年齢階級別の報告数を図3に示す。2020年（令和2年）は30代男性、2021年（令和3年）は

10歳未満女性、2024年（令和6年）は10歳未満男性であった。

図4に予防接種歴別報告数を示す。2020年（令和2年）の30代男性は接種歴不明、2021年（令和3年）の10歳未満女性はい回接種、2024年（令和6年）の10歳未満男性は未接種であった。

今般の麻しん・風しん混合（MR）ワクチンの偏在や供給の課題に対応して、厚生労働省から接種対象期間を超えても接種可能とする事務連絡が2025（令和7）年3月11日発出された。令和6年度内に生後24月に達する、又は達した者（第1期対象者）、および令和6年度における第2期対象者で、年度内に接種を受けられない、又は受けられなかった者は、2025（令和7）年4月1日から2027（令和9）年3月31日までの2年間、接種対象期間を超えて接種を行って差し支えないとなっている。

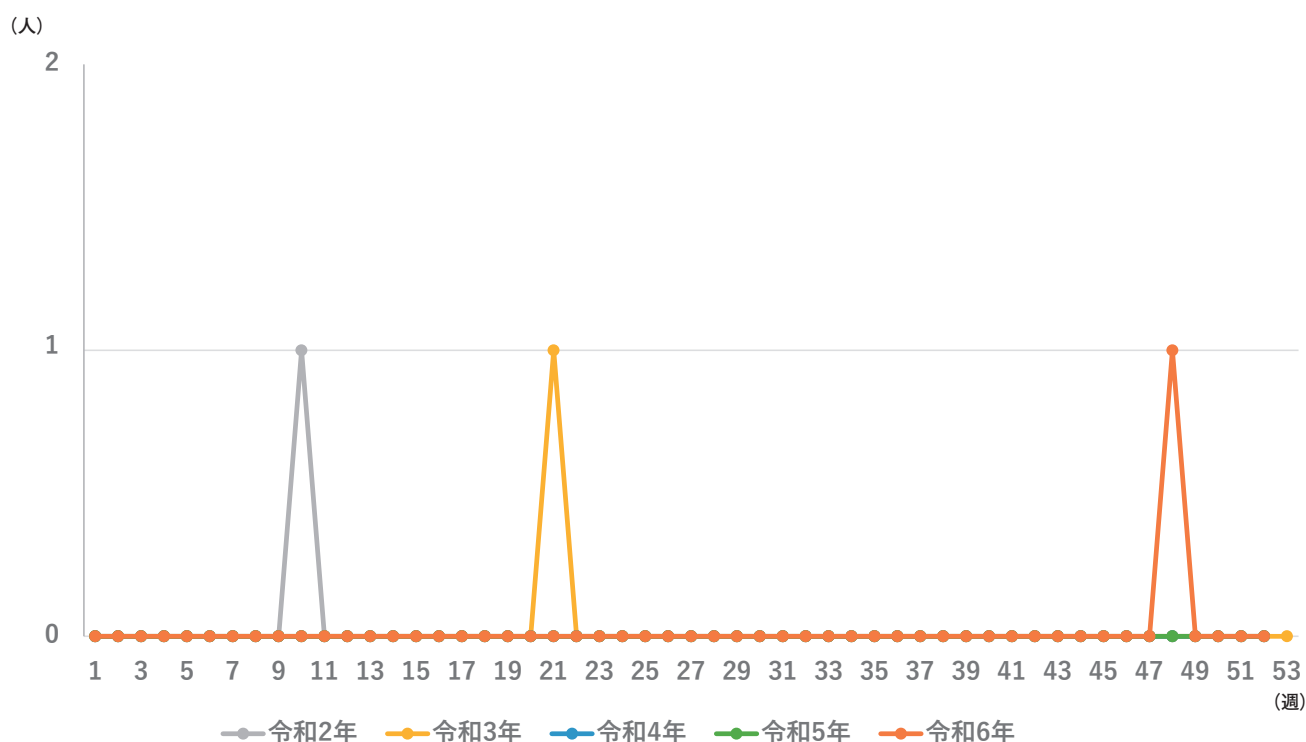


図1. 麻しん [全数] の年別・週別報告数（令和2年～令和6年）

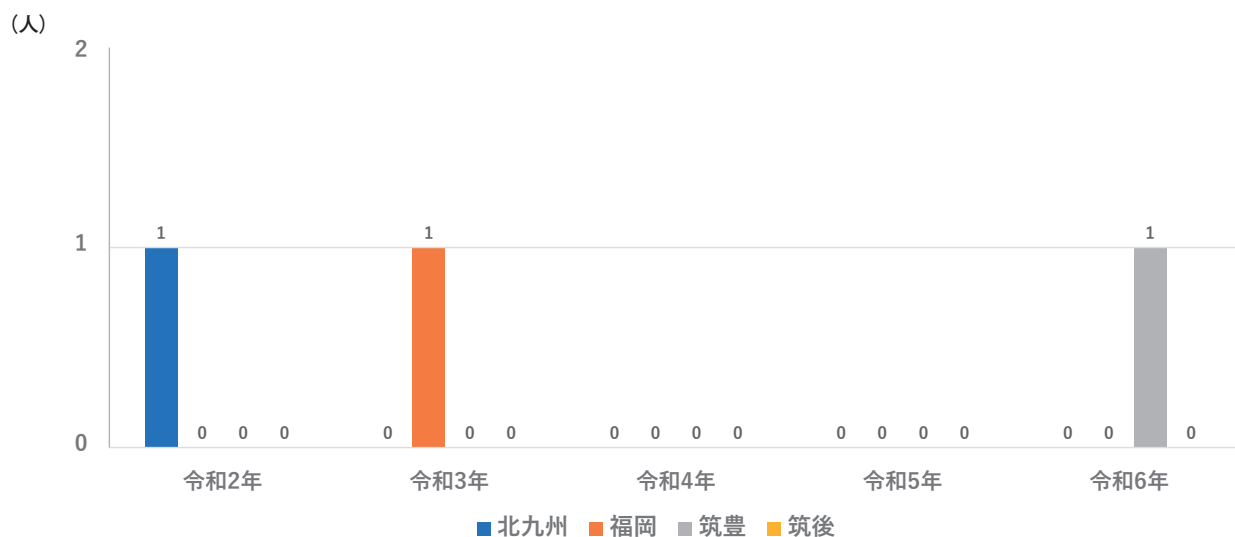


図2. 麻しん〔全数〕の年別・ブロック別報告数（令和2年～令和6年）

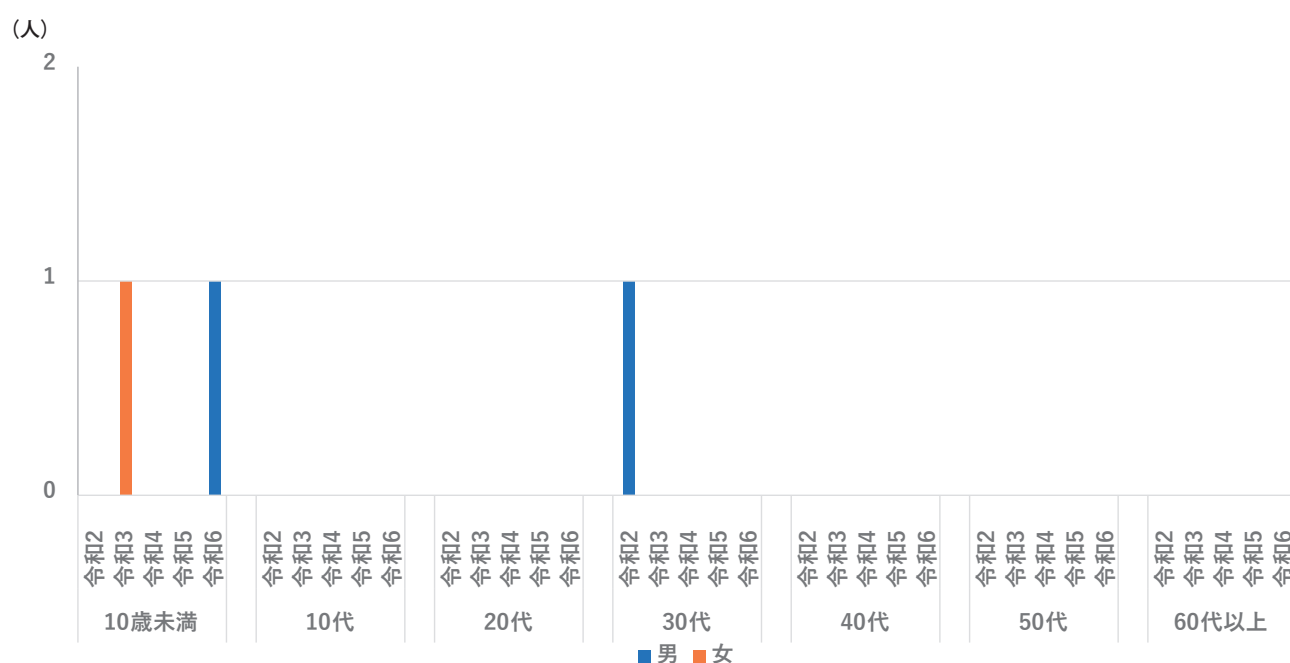


図3. 麻しん〔全数〕の性別・年齢階級別報告数（令和2年～令和6年）

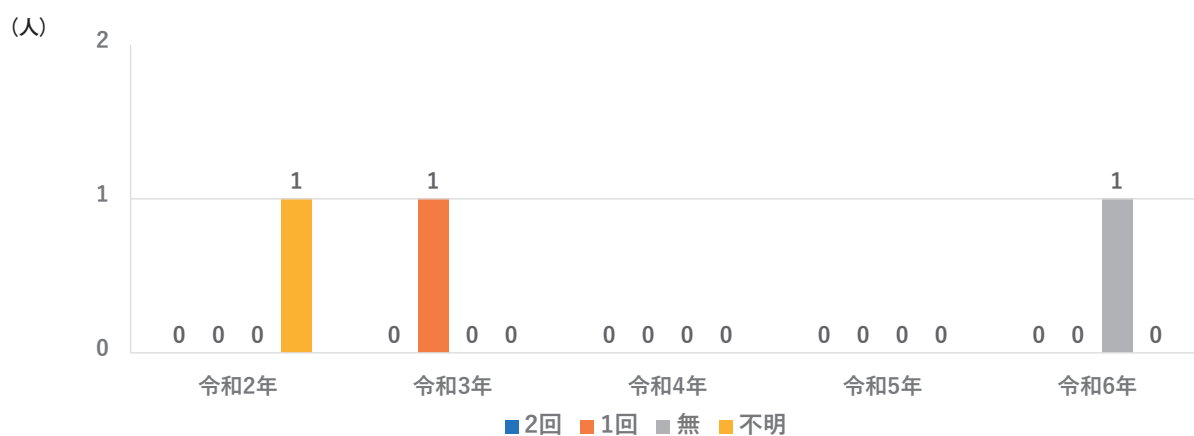


図4. 麻しん〔全数〕の予防接種歴別報告数（令和2年～令和6年）

15. 流行性耳下腺炎〔小児科定点〕

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は2.3（278人）で、前年よりわずかに減少した（前年比0.91）。昭和56年（1981年）からの1定点当たり年間患者数は、79.3、173.2、67.6、35.7、163.0、76.3、17.4、45.4、173.1、23.1、6.6、17.8、31.5、89.1、29.3、50.4、104.8、70.2、25.7、54.8、166.6、54.8、24.7、85.2、95.6、52.1、30.4、43.8、82.5、65.6、56.1、41.4、34.4、39.0、55.3、66.0、28.9、15.2、11.4、4.1、3.4、2.0、2.5、2.3と、令和6年は前年よりわずかに減少した。MMRワクチンとして接種されていた期間（平成元年度から平成4年度）の報告数は比較的低値であった。中止以後増減を繰り返していたが平成29年以降は減少傾向である。

明瞭な季節性は認められなかった。

地域ブロック別では、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州地区2.1（61）〔北九州市2.2（53）〕、福岡地区2.8（162）〔福岡市2.6（75）〕、筑豊地区1.0（11）、筑後地区1.9（44）で、北九州地区のみわずかに増加したが、他の地区では減少した。

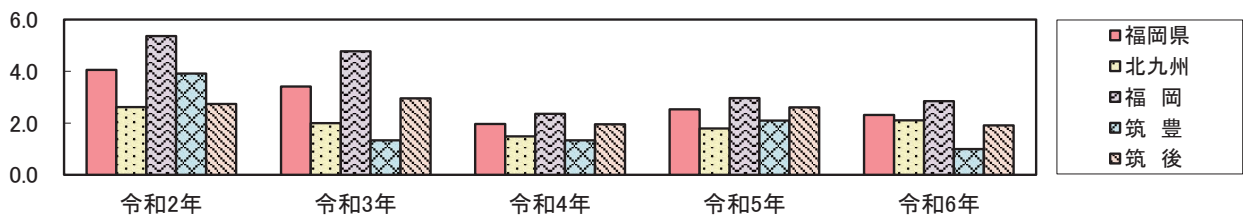
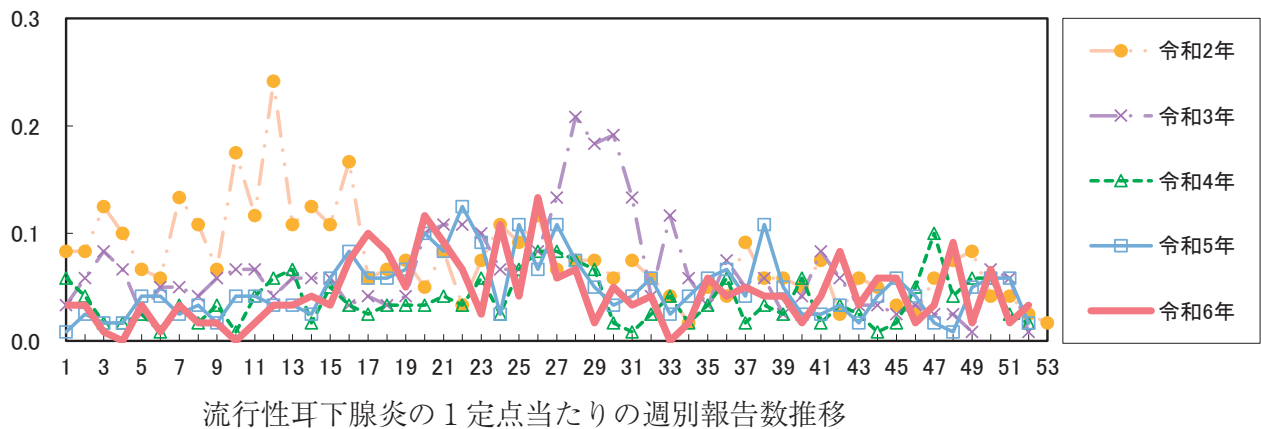
全国的には、群馬県、埼玉県、東京都、千葉県、神奈川県、静岡県、岡山県、福岡県、大分県が多かった。

年齢割合は、0歳0.7%（昨年0.0%）、1歳4.3%（同2.3%）、2歳7.6%（同5.9%）、3歳11.5%（同8.2%）、4歳15.5%（同14.1%）、5歳11.2%（同18.8%）、6歳11.5%（同13.2%）であった。4歳～6歳をピークとし、6歳までで62.2%（同62.5%）を占めた。20歳以上は2人（同0人）であった。

男女比は1.11であった。

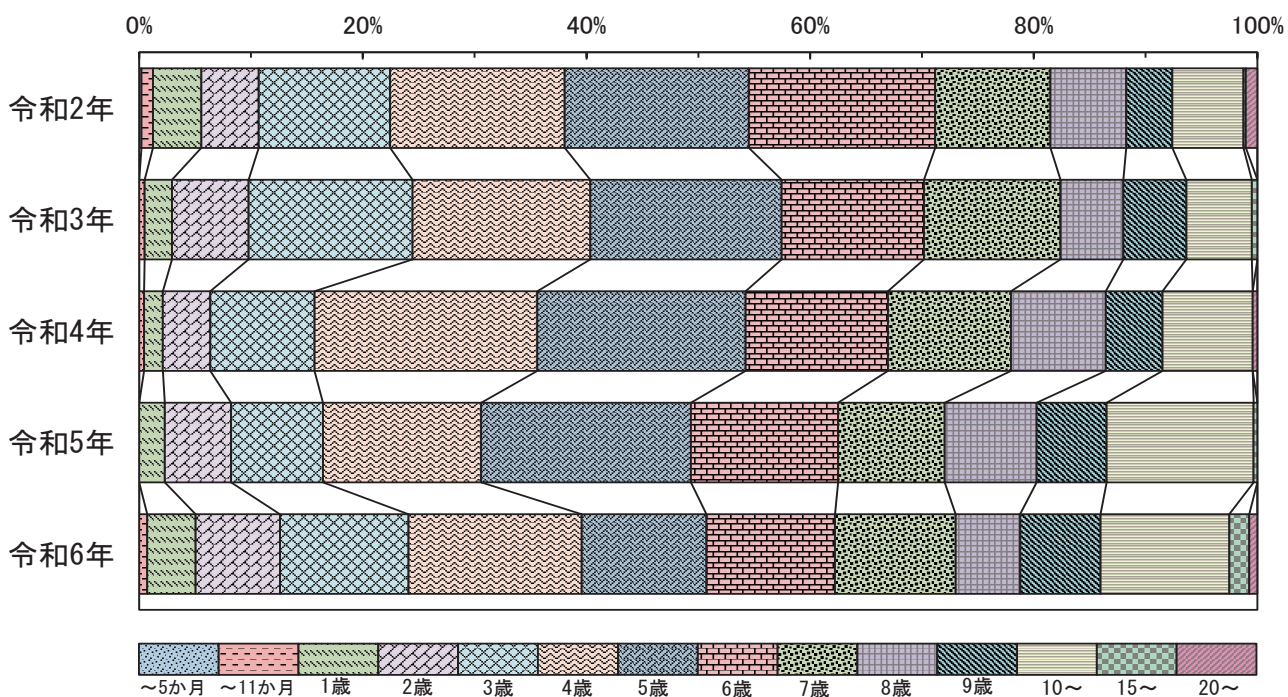
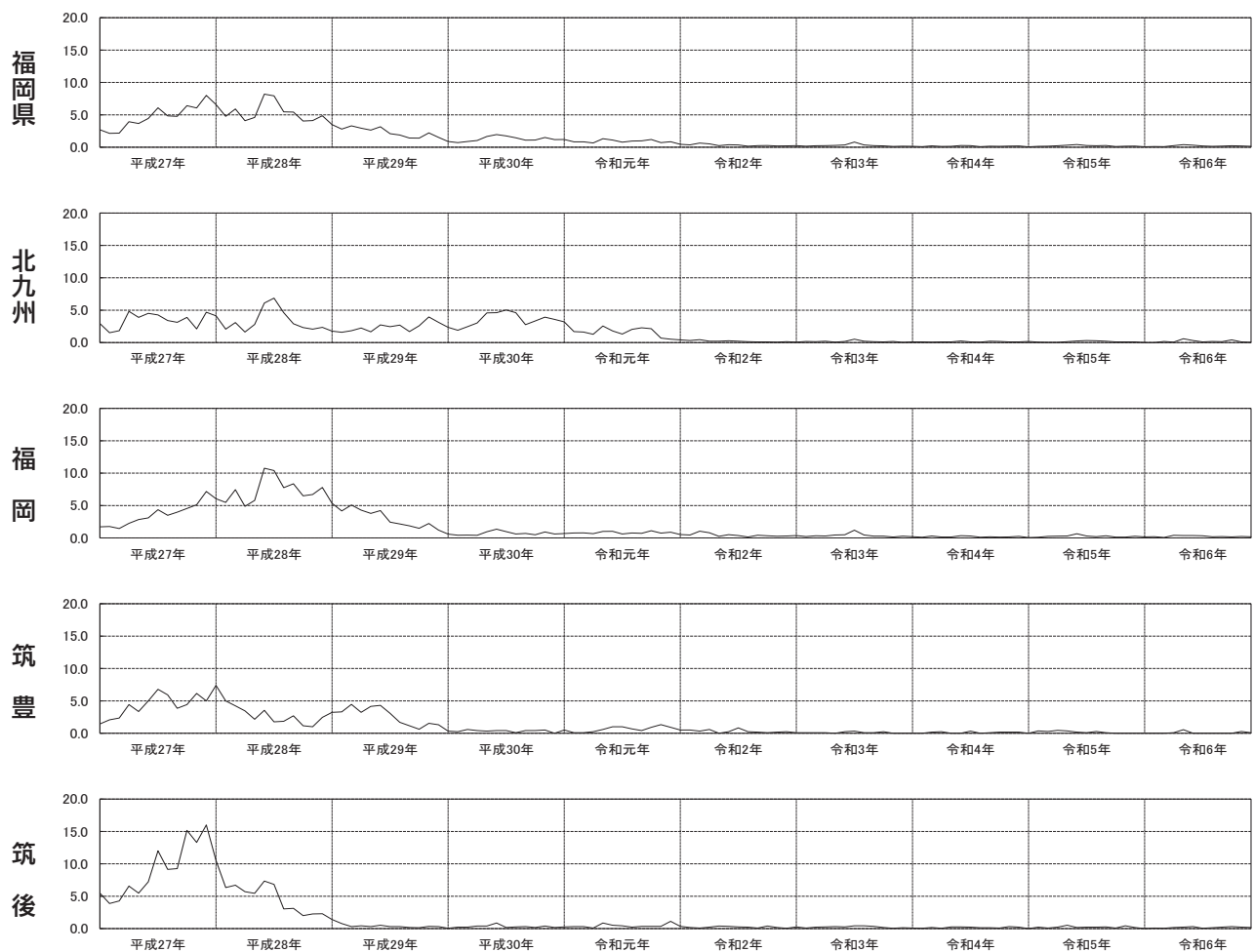
無菌性髄膜炎を含めた合併例は、本年も報告がなかった。

予防接種後の罹患は40例（昨年84例）で、患者1,000人当たり144（同276）であった。年齢は1歳2例（昨年3例）、2歳3例（同3例）、3歳3例（同3例）、4歳4例（同15例）、5歳4例（同19例）、6歳5例（同10例）、7歳6例（同4例）、8歳5例（同9例）、9歳4例（同5例）、10歳3例（同6例）、11歳0例（同2例）、12歳0例（同1例）、13歳以上1例（同1例）であった。2～5歳までで35.0%（昨年40.5%）を占めた。症状は、軽症33例（82.5%）、中等症6例（15.0%）、重症0例であった。



流行性耳下腺炎

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



16. 川崎病（MCLS）〔小児科定点〕

平成11年4月施行の感染症法により川崎病（MCLS）は感染症発生動向調査の対象外となった。福岡県ではデータの継続性の意味を含めて、小児科定点の対象疾病として平成12年以降も報告を受けている。

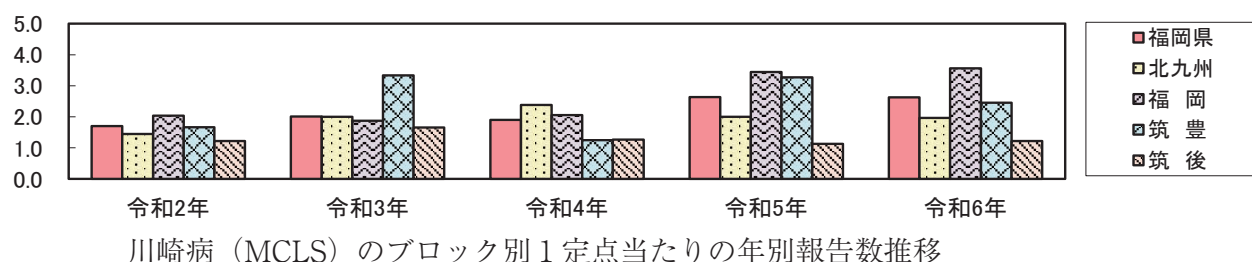
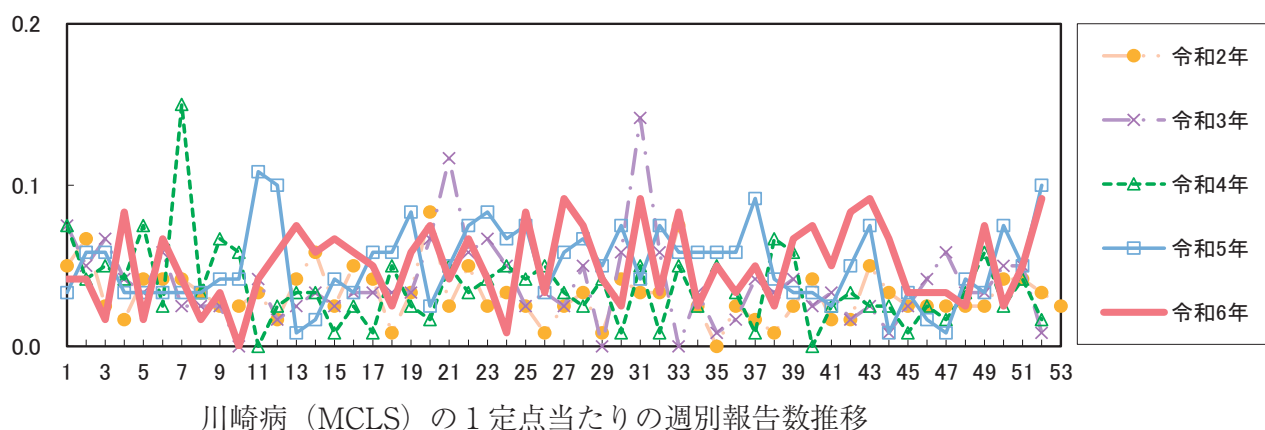
年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年2.6（315人）、前年2.6（316人）で、前年比100%である。全県1定点当たりの患者数は、昭和56年（1981年）から令和6年（2024年）までそれぞれ3.4、2.9、2.8、2.9、2.6、4.1、2.4、1.9、2.5、2.4、2.5、2.3、2.5、2.8、3.7、3.6、2.8、3.1、3.4、2.7、2.2、1.6、1.8、1.7、1.6、2.0、2.0、1.9、2.2、2.1、2.0、2.1、2.1、2.6、2.9、3.2、3.0、3.5、2.5、1.7、2.0、1.9、2.6、2.6と推移した。平成26年から増加傾向となり、平成30年は過去20年間で最多であった。その後は報告数がやや少なかったが、令和5年は増加、令和6年は前年とほぼ同数であった。

季節性は特に見られない。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）が北九州2.0（57）〔北九州市2.3（54）〕、福岡3.6（203）〔福岡市6.5（188）〕、筑豊2.5（27）、筑後1.2（28）で、筑後地区が少なかった。

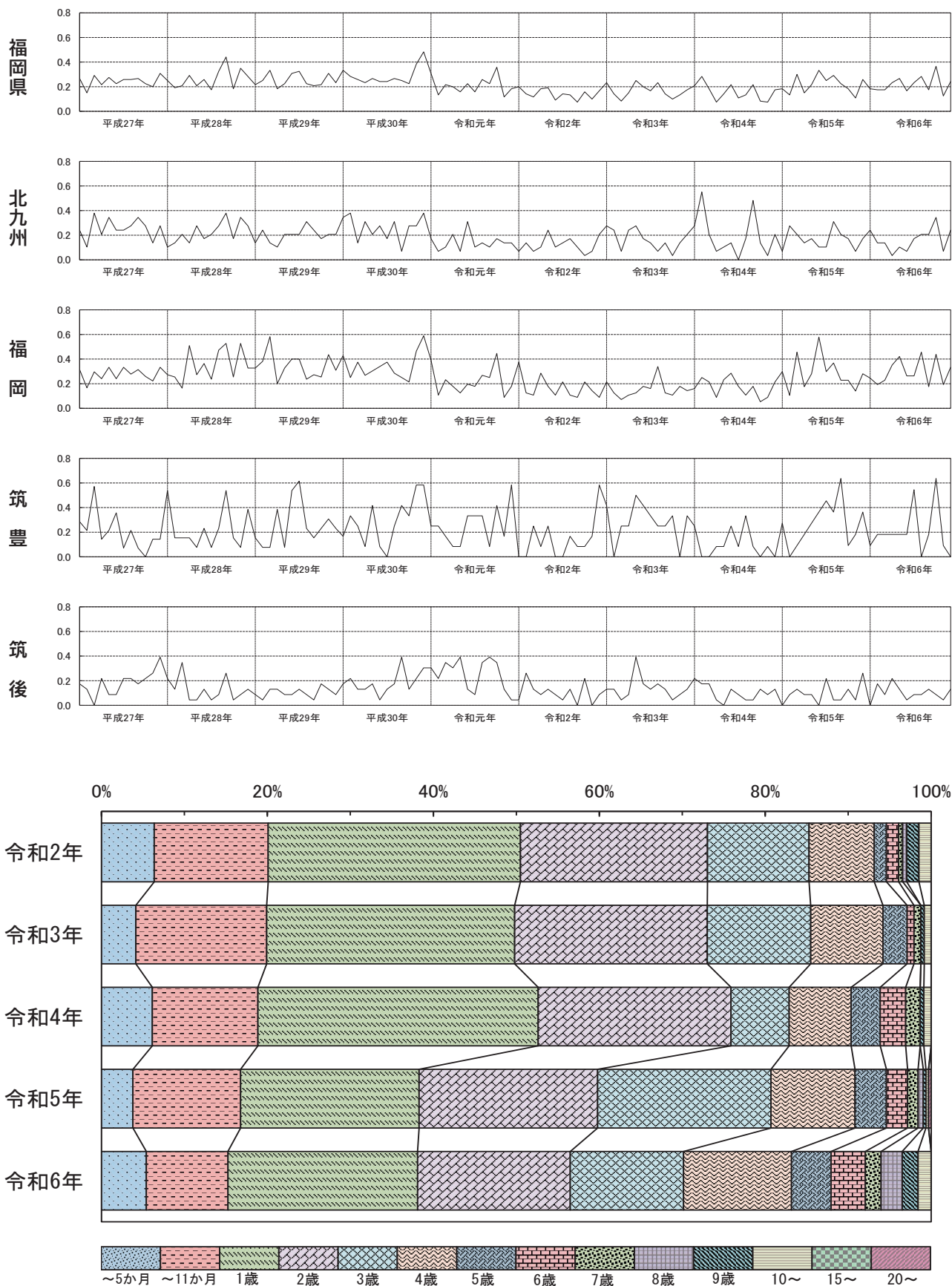
罹患年齢は0～5か月5.4%（17人；前年12人、前々年14人、3年前10人）、6～11か月9.8%、1歳22.9%、2歳18.4%、3歳13.7%、4歳13.0%、5歳4.8%、6歳4.1%、7歳1.9%、8歳2.5%、9歳1.9%、10～14歳1.6%（5人）、15～19歳0.0%、20歳以上0.0%であった。前年は1、2、3歳が同程度であったが、今年は例年のように1歳がピークであった。5歳未満が87.9%（前年90.8%）と大多数を占め、10歳以上は今年は5人であった（前年2人、前々年2人、3年前2人）。

男女比は1.25（男175人、女140人）で男が多かった。



川崎病（MCLS）

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



17. 急性脳炎 [小児科定点]

平成15年11月改正の感染症法により、急性脳炎は全数把握対象疾病となった。福岡県ではデータの継続性の意味を含めて、平成16年以降も小児科定点の対象疾病として報告を受けている。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年0.8（98人）、前年0.08（9人）であった。全県1定点当たりの患者数（および「患者数」）は昭和56年（1981年）から令和6年（2024年）までそれぞれ0.2（11）、0.4（18）、0.4（20）、0.4（19）、0.4（23）、0.2（12）、1.1（62）、1.2（66）、0.3（17）、0.2（10）、0.3（19）、0.2（13）、0.7（39）、0.2（9）、0.2（12）、0.3（17）、0.4（24）、0.3（18）、0.3（19）、0.2（17）、0.09（9）、0.08（10）、0.05（6）、0.0（0）、0.05（6）、0.08（9）、0.04（5）、0.03（3）、0.04（5）、0.02（2）、0.00（0）、0.04（5）、0.05（6）、0.05（6）、0.04（5）、0.10（12）、0.07（8）、0.10（12）、0.18（22）、0.02（2）、0.01（1）、0.03（4）、0.08（9）、0.8（98人）で、令和5年は急増したが理由は不明確。

98人の発生月は1月1人、3月2人、4月2人、5月1人、6月1人、7月6人、8月6人、9月5人、10月41人、11月7人、12月26人と年の後半に多かった。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）

が北九州0.8（24）[北九州市0.5（13）]、福岡1.3（72）[福岡市1.5（43）]、筑豊0.2（2）、筑後0.0（0）であった。

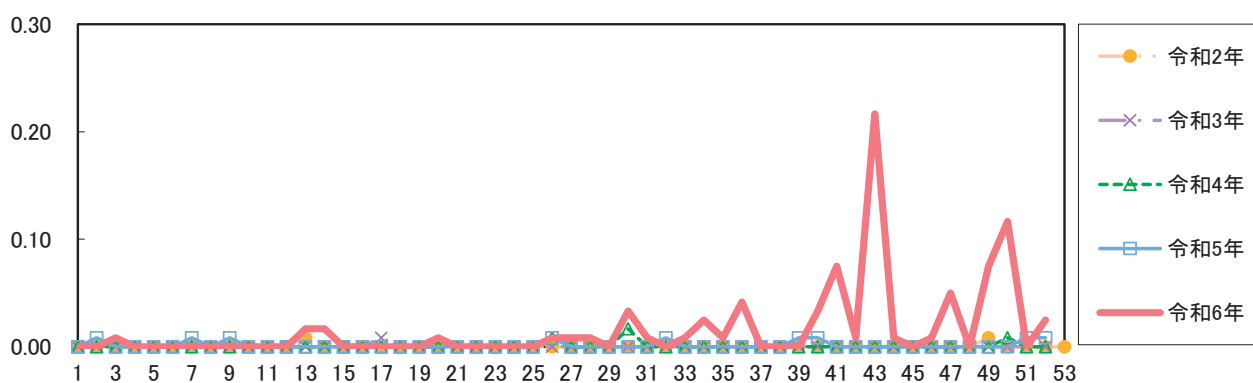
罹患年齢は0～5か月1.0%、6～11か月1.0%、1歳1.0%、2歳4.1%、3歳1.0%、4歳7.1%、5歳6.1%、6歳9.2%、7歳14.3%、8歳10.2%、9歳10.2%、10～14歳30.6%、15～19歳2.0%、20歳以上2.0%と分布した。

男女比は0.85（男45人、女53人）で女がやや多かった。

検査情報（基幹定点分を含む）には本年も検体提出はなかった。

週報には本年は原因の記載はなかった。

日本脳炎は全数報告に全国で9例（前年6例、前々年5例、3年前3例、4年前5例、5年前8例、6年前0例、7年前3例、8年前11例、9年前2例）、福岡県は0例（11年前まで0例、12年前1例、13年前4例）であった。なお、福岡県では7月1日から8月19日まで毎週ブタの血清の日本脳炎抗体検査が行われ、8月5日と8月13日採血のブタ10頭中10頭に日本脳炎ウイルス感染が確認され、8月13日に日本脳炎感染注意喚起が福岡県庁から出された。



急性脳炎 [小児科] の1 定点当たりの週別報告数推移

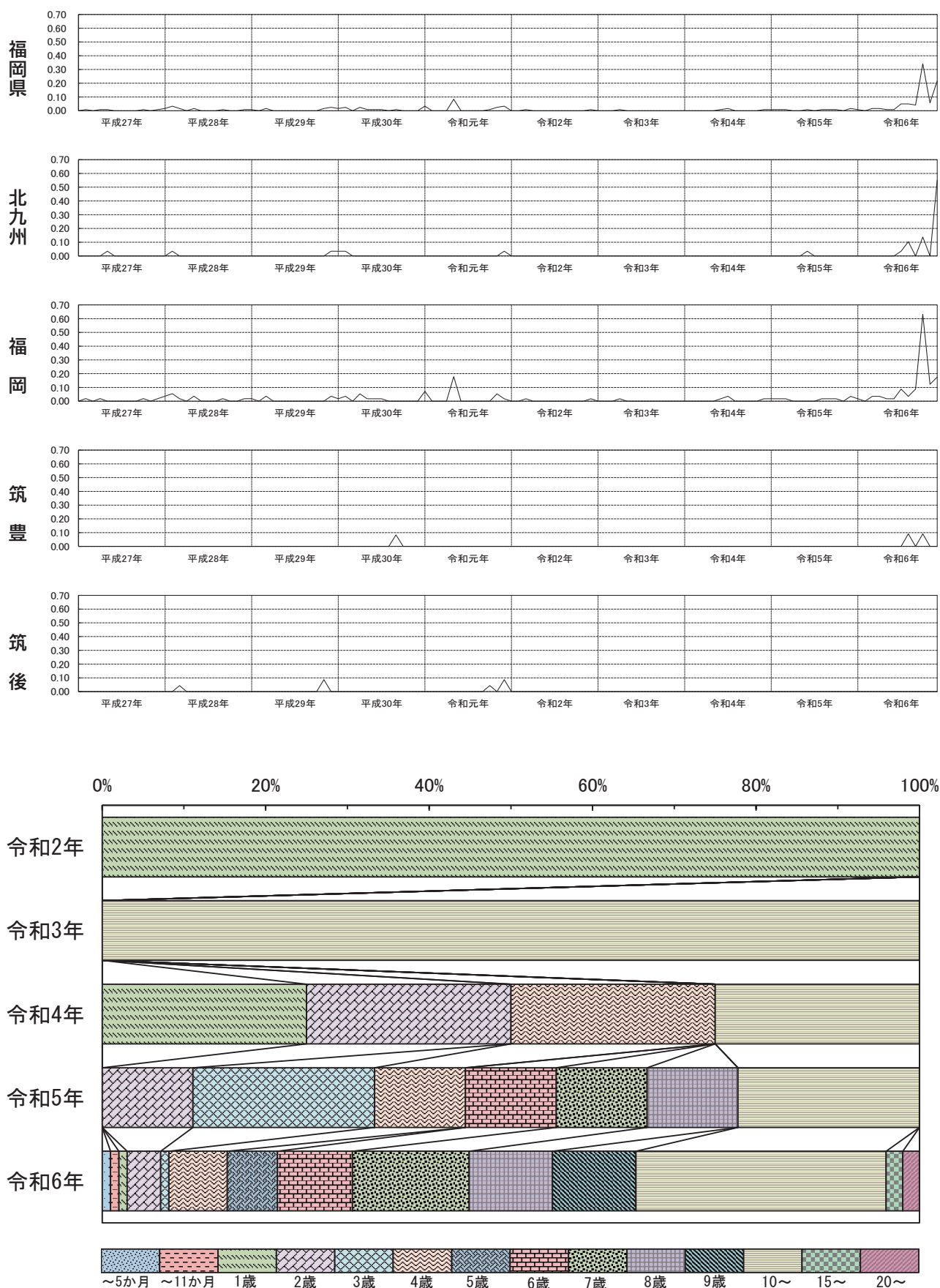


急性脳炎 [小児科] のブロック別1 定点当たりの年別報告数推移

※令和6年第13週（システム改修前）まで患者数0件。

急性脳炎 [小児科]

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



18. 細菌性髄膜炎 [小児科定点]

平成11年4月施行の感染症法により、細菌性髄膜炎は基幹定点把握対象疾病となった。福岡県ではデータの継続性の意味を含めて、平成12年以降も小児科定点の対象疾病として報告を受けている。別項に細菌性髄膜炎 [基幹定点] があり、患者数・病原体検査情報が一部重複している。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年0.1（11人）、前年は0.01（1人）であった。全県1定点当たりの患者数（及び「患者数」）では昭和56年（1981年）から令和6年（2024年）までそれぞれ1.0、0.8、1.2、0.9、0.7、0.8、0.5、0.4、0.3、0.7、0.4、0.4、0.5、0.5、0.4、0.4、0.5、0.5、0.4、0.4、0.3、0.2、0.2、0.2、0.2、0.2、0.1、0.2（20）、0.1（12）、0.15（18）、0.06（7）、0.09（11）、0.04（5）、0.02（2）、0.07（8）、0.03（4）、0.08（10）、0.02（2）、0.06（7）、0.01（1）、0.03（3）、0.03（3）、0.01（1）、0.1（11）と推移し、今年はやや多かった。

11人の発生時期は2月2人、5月1人、6月2人、10月6人であった。

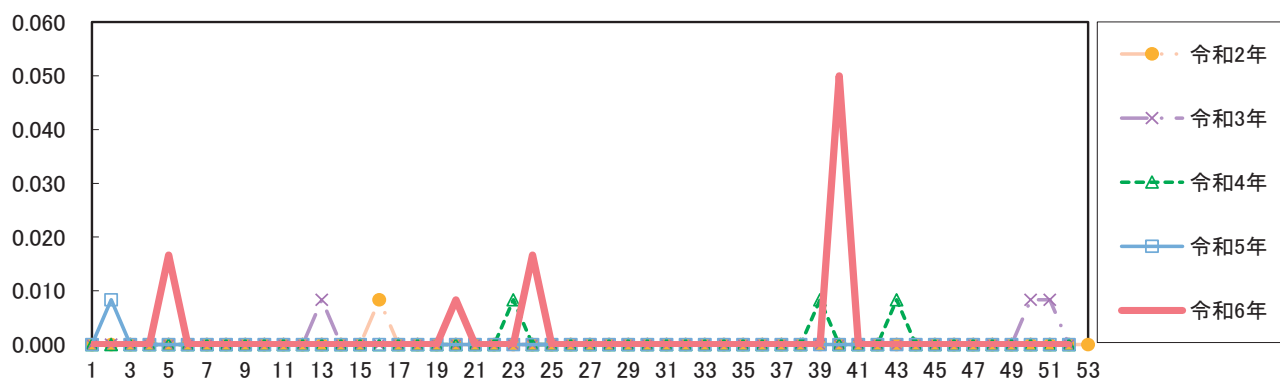
地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）が北九州0.0（0）[北九州市0.0（0）]、福岡0.2（9）[福岡市0.1（2）]、筑豊0.1（1）、筑後0.0（1）であった。

罹患年齢は0～5か月1人、3歳1人、7歳3人、10～14歳5人、15～19歳1人であった。

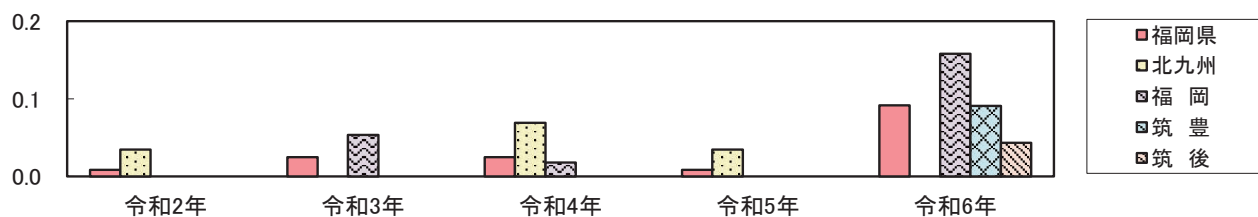
男女別は男4人、女7人であった。

原因菌について週報にはGBS（9生日）の1例が報告された。今年もインフルエンザ菌b型の確認例はなかった。

子宮頸がん等ワクチン接種緊急促進臨時特例交付金により、ヒブ（ヘモフィルスインフルエンザ菌b型）ワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンの公的負担が平成22年11月26日に実施され、一時中断もあったが、平成24年度も継続され、さらに平成25年4月からは定期接種となった。全国的に両菌、特にインフルエンザ菌b型による細菌性髄膜炎の報告は減少している。全数報告でも福岡県からはHibは10年連続ゼロとなっている。



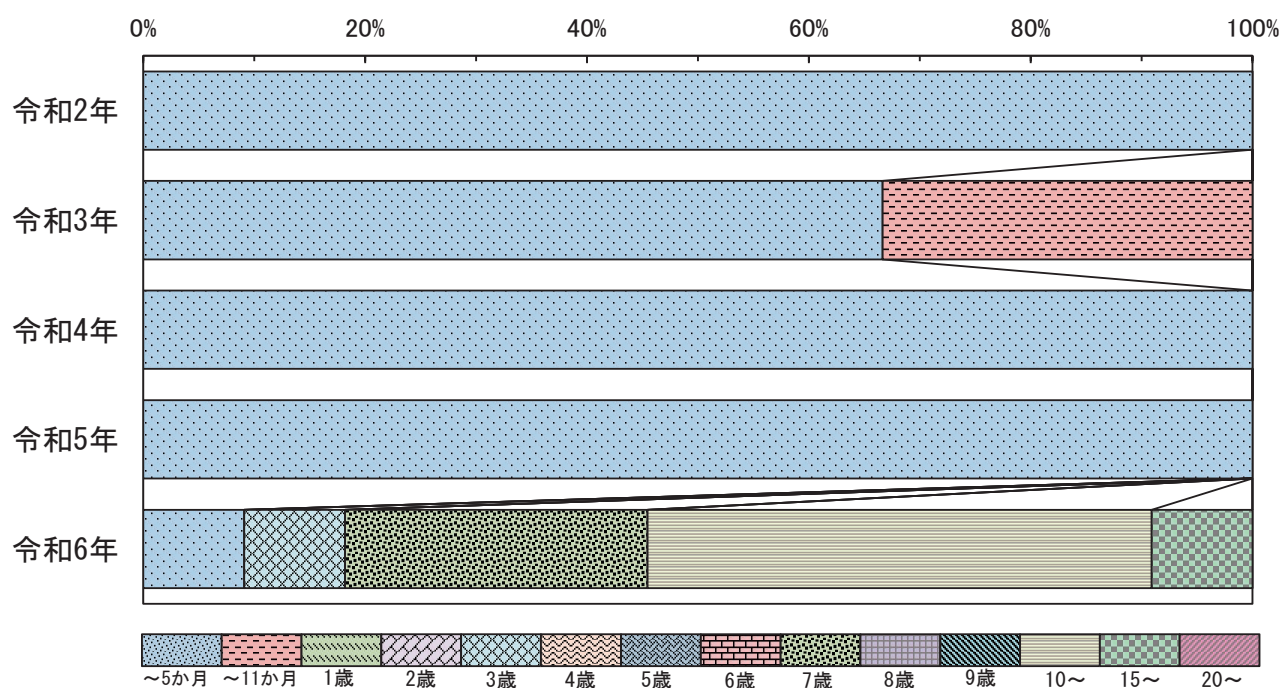
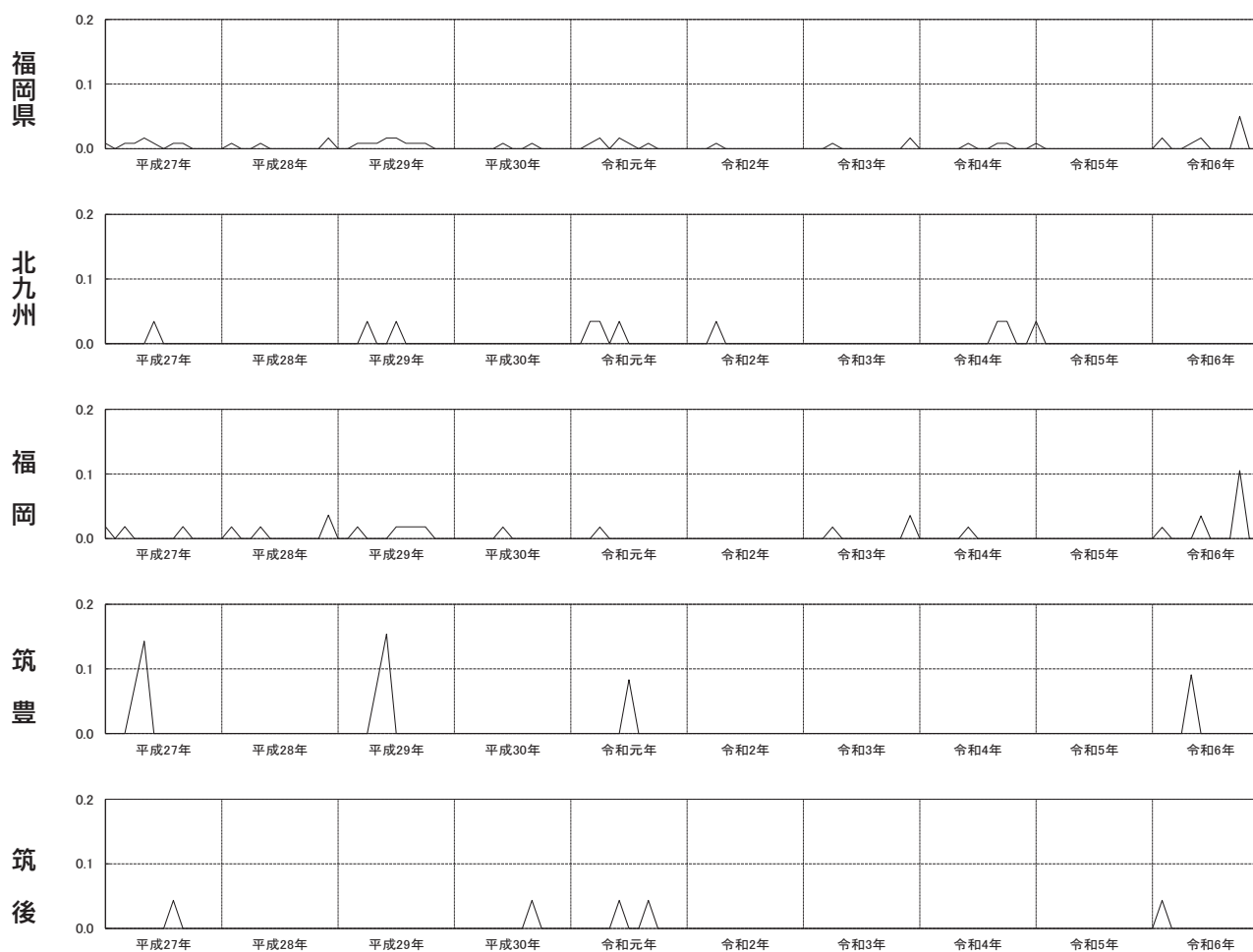
細菌性髄膜炎 [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



細菌性髄膜炎 [小児科] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

細菌性髄膜炎【小児科】

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



19. 無菌性髄膜炎 [小児科定点]

平成11年4月施行の感染症法により、無菌性髄膜炎は基幹定点把握対象疾病となった。福岡県ではデータの継続性の意味を含めて、平成12年以降も小児科定点の対象疾病として報告を受けている。別項に無菌性髄膜炎「基幹定点」があり、患者数・病原体検査情報が一部重複している。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年0.2（18人）、前年0.1（8人）、前年の225%であった。全県1定点当たりの患者数は昭和56年（1981年）から令和6年（2024年）までそれぞれ3.9、4.6、15.0、7.1、8.4、8.8、2.9、2.3、6.1、6.2、6.0、2.9、3.6、7.7、2.1、3.6、13.3、20.5、5.3、4.2、3.0、3.4、1.4、2.0、1.2、1.9、0.4、0.8、0.5、0.9、0.8、0.5、2.0、0.7、0.9、0.9、0.6、0.2、0.3、0.03、0.2、0.1、0.1、0.2と推移した。平成25年に7年ぶりに多発したがその後はやや低いレベルで推移し、平成30年からは特に少ない。

季節的には夏期に多発する疾病であり、多発した平成25年は明らかに7月、8月にピークを示した。その後は報告数が少なく、令和6年も季節性は不明確である。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州0.2（5）〔北九州市0.2（4）〕、福岡0.2（11）

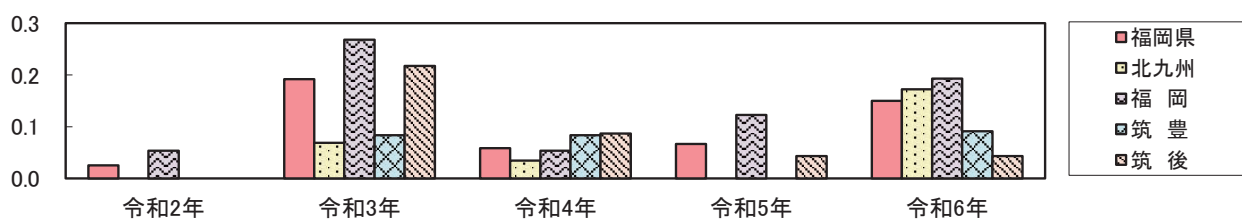
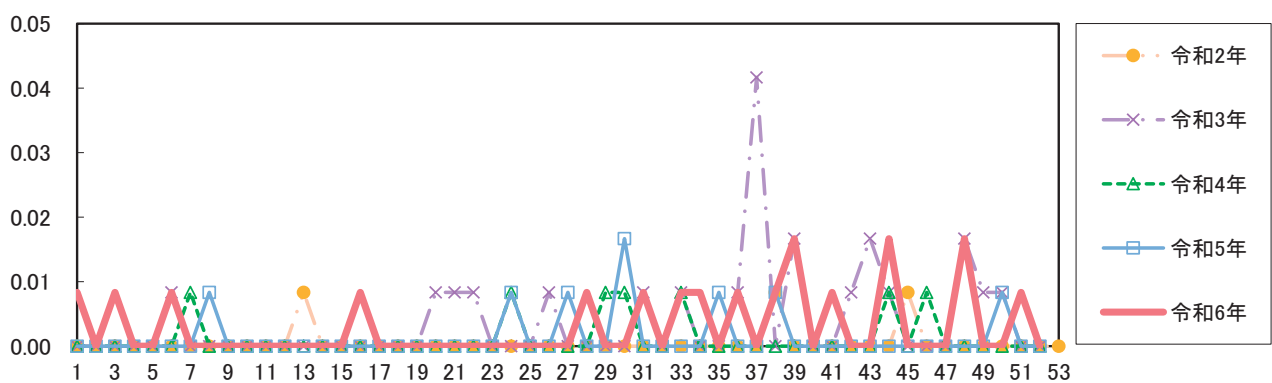
〔福岡市0.4（11）〕、筑豊0.1（1）、筑後0.0（1）であった。

18人の罹患年齢は0～5か月12人、3歳2人、10～14歳2人、15～19歳2人であった。0歳が66.7%を占めている。

男女別は男10人、女8人であった。

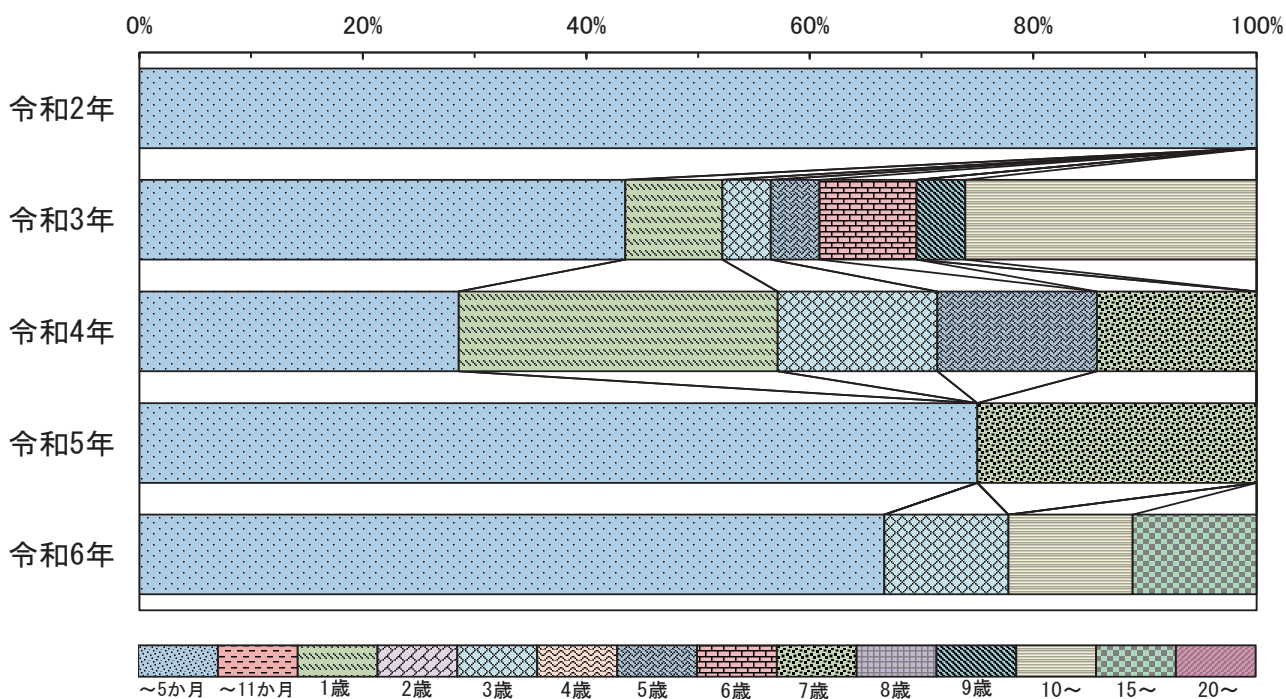
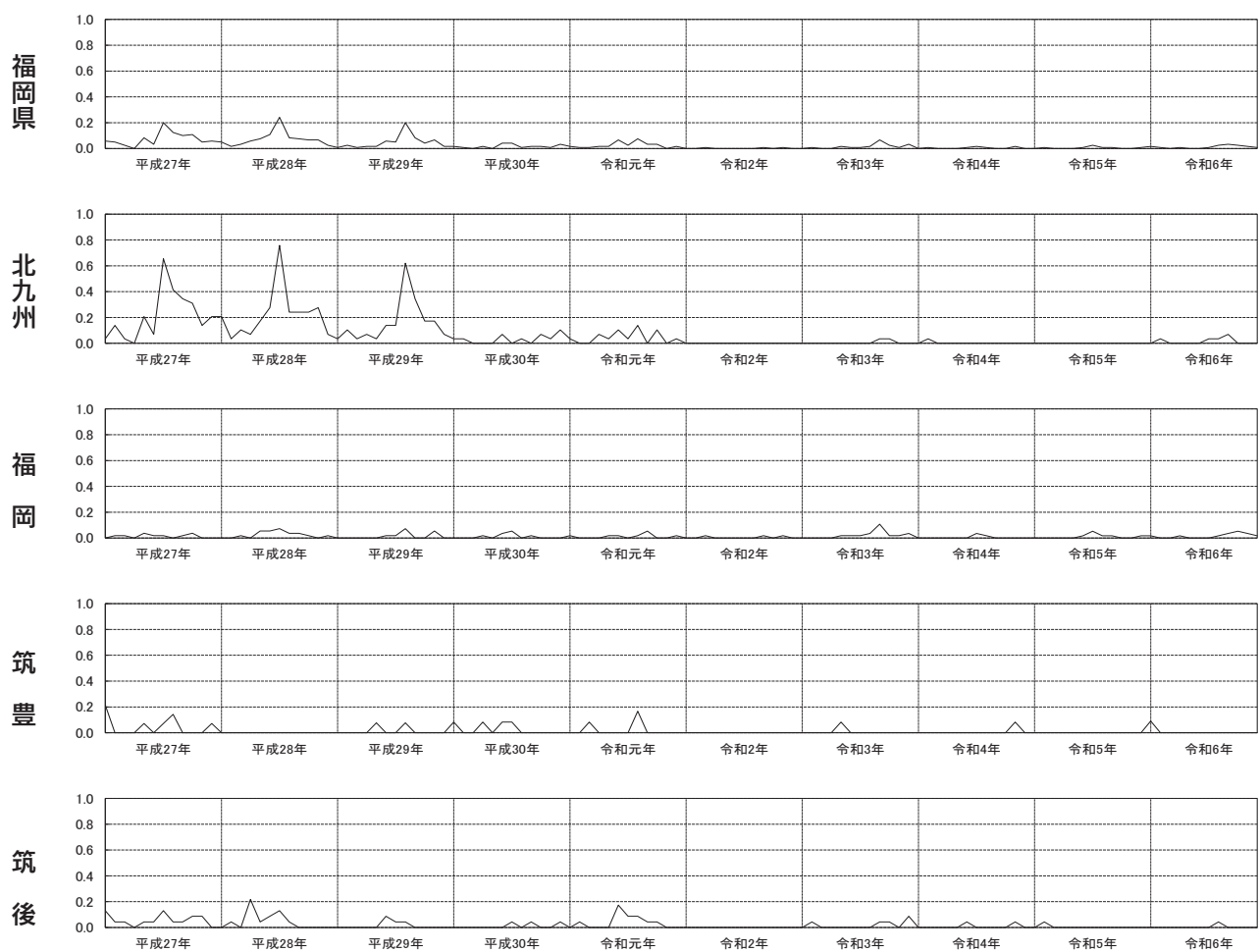
検査情報では17検体（前年33、前々年20、3年前60検体）から陽性は9検体で、陽性率は52.9%（前年45.5%、前々年20.0%、3年前26.7%）であった。分離ウイルスはコクサッキーB3型6件、B2型1件、エンテロウイルス71型1件、アデノウイルス5型1件であった。全国的には、エコー11型、コクサッキーウイルスB3型、コクサッキーウイルスA16型などが多かった。

週報に原因として報告されているのは遺伝子検査によるエンテロウイルス1件（5生日女）である。なお、ムンプスに合併は0例（前年0例、前々年0例、3年前0例、4年前0例、5年前5例、6年前3例、7年前11例、8年前44例、9年前28例、10年前27例）、手足口病に合併も0例（前年0例、前々年0例、2年前0例、4年前0例、5年前0例、6年前2例、7年前0例、8年前0例、9年前0例、10年前2例）である。



無菌性髄膜炎【小児科】

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



20. マイコプラズマ肺炎 [小児科定点]

平成11年4月施行の感染症法により、マイコプラズマ肺炎、およびクラミジア肺炎は基幹定点把握対象疾病となった。福岡県ではデータの継続性の意味を含めて、平成12年以降も小児科定点の対象疾病としてマイコプラズマ肺炎、クラミジア肺炎の報告を受けていたが、クラミジア肺炎は令和5年までで終了した。従来の異型肺炎のデータはマイコプラズマ肺炎に継続し、クラミジア肺炎は新しい項目とした。なお、別項にマイコプラズマ肺炎[基幹定点]があり、患者数が一部重複している。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年78.4（9,406人）、前年0.5（54人）で前年比17,419%と著増している。全県1定点当たりの患者数は昭和56年（1981年）から令和6年（2024年）までそれぞれ12.0、6.9、18.0、29.0、22.3、9.5、10.5、26.3、25.8、18.8、33.8、46.7、32.3、35.2、31.6、30.4、22.2、20.2、11.5、8.7、19.4、12.1、8.9、8.6、12.4、23.8、14.0、10.1、10.5、21.2、32.7、17.4、6.6、6.6、22.0、39.6、10.4、4.9、7.0、5.2、0.6、0.2、0.5、78.4と推移している。平成28年をピークとした大きな流行ののちは報告数が少なく、令和3年、4年、5年と非常に少なかったが、令和6年は流行が見られた。

前々回の流行は平成27年後半から始まり、平成28年後半にピークを示し、平成29年前半まではやや多く、平成30年は非流行年であった。前回は令和元年後半からやや増加し、流行開始と思われたが、令和2年春先までで終息し、小さな流行であり、

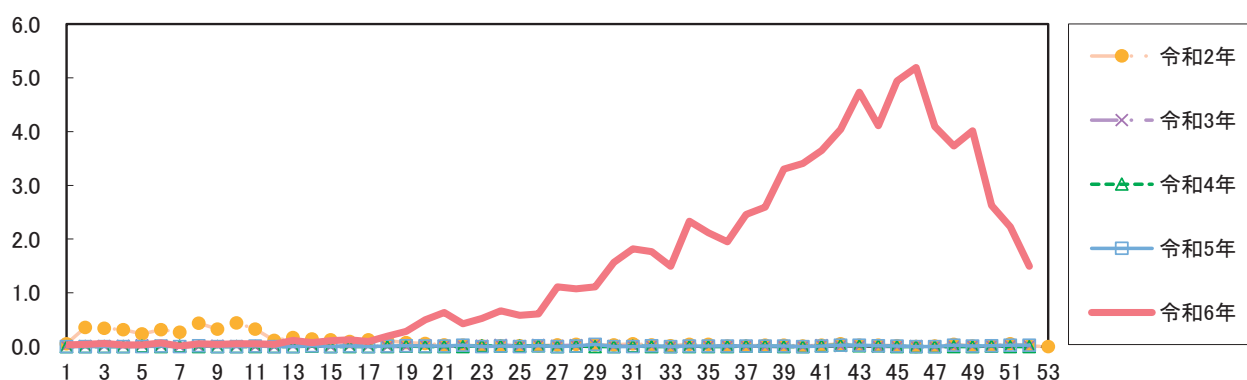
令和3年、4年、5年は非流行年であった。令和6年春から多発が始まり、11月をピークとする大きな流行であった。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州59.8（1,733）[北九州市55.1（1,322）]、福岡111.5（6,354）[福岡市127.8（3,707）]、筑豊42.7（470）、筑後36.9（849）で各地区とも増加した。

罹患年齢は0～5か月0.1%（8人；前年0人、前々年0人）、6～11か月0.4%（39人；前年0人、前々年0人）、1歳2.0%、2歳3.3%、3歳4.9%、4歳6.1%、5歳8.2%、6歳10.0%、7歳11.4%、8歳11.6%、9歳10.4%、10～14歳27.5%、15～19歳2.6%、20歳以上1.6%であった。小児科を中心に報告を受けており、7歳未満で35.0%、0歳は0.5%で、2～5歳が22.6%を占める。15歳以上は4.2%（前年18.5%、前々年29.2%、3年前28.8%）と前々年、3年前は多かったが、前年、今年はい少ない。

男女比は1.14（男5,005人、女4,400人）で男が多かった。

定点からは従来からPA法を中心に血清マイコプラズマ抗体価測定結果が報告されている。平成23年10月1日に遺伝子検査、平成25年8月1日に抗原検査が健康保険適用され、PA法とともに週報に記載している。なお、PA法による抗体測定では有意な上昇や、異常高値を示す例が多いが、報告の時点では血清学的にはマイコプラズマ肺炎と確定できないと判断される例もみられた。



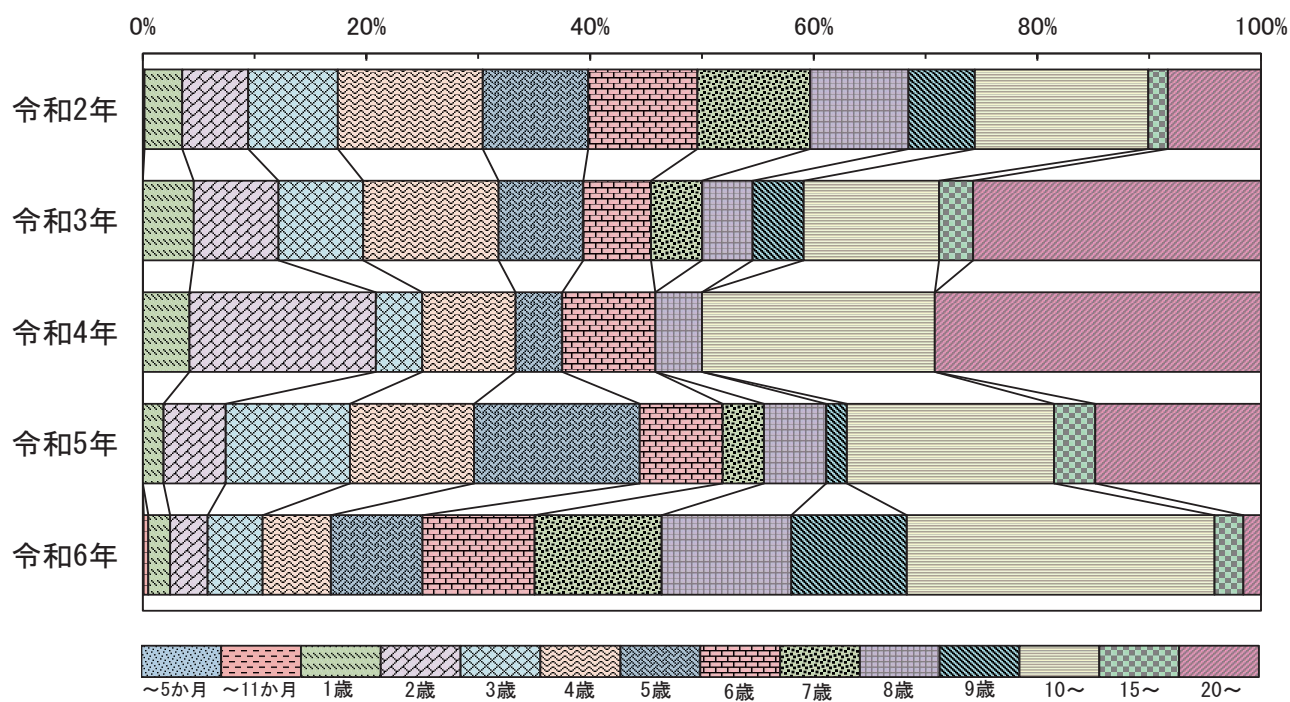
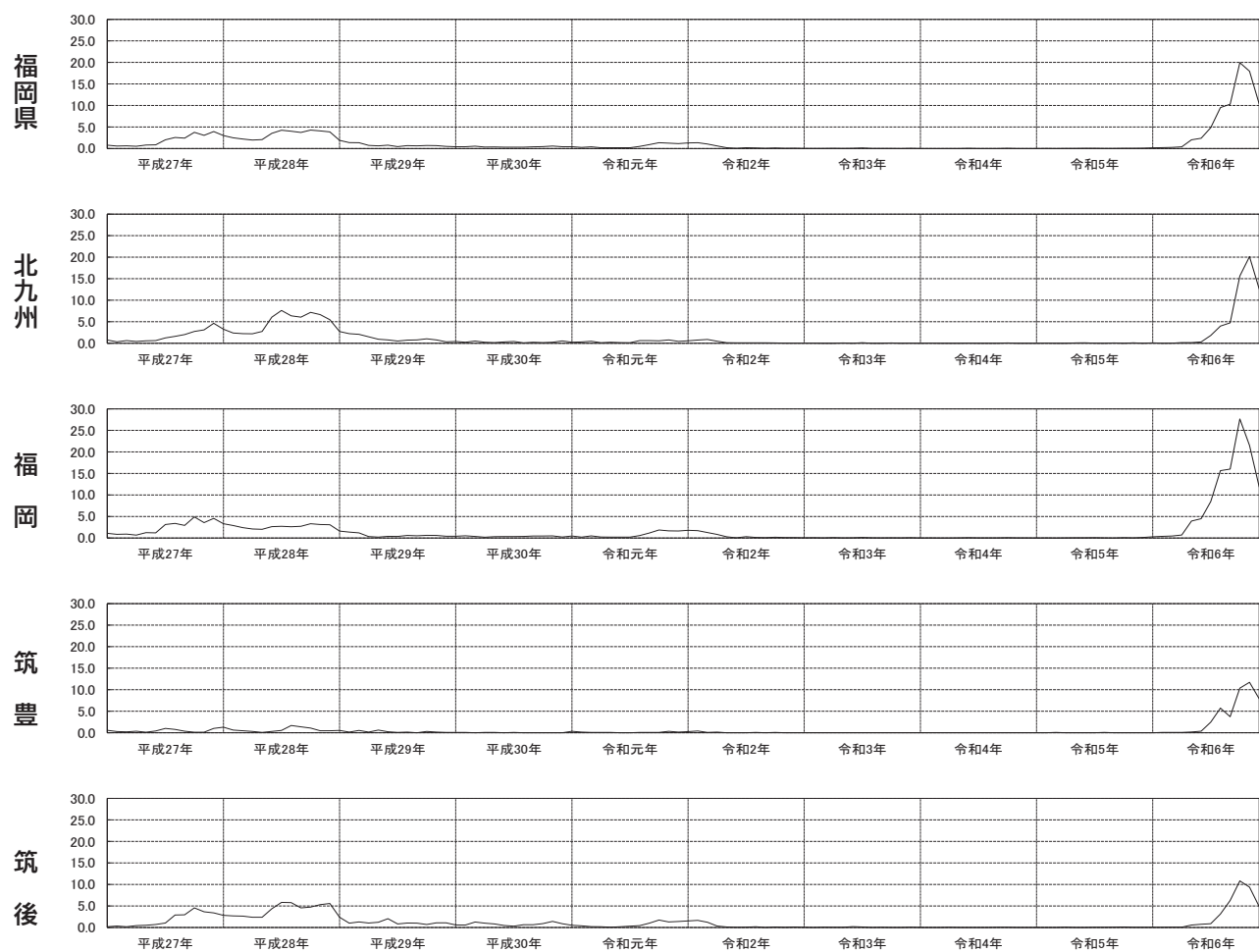
マイコプラズマ肺炎 [小児科] の1定点当たりの週別報告数推移



マイコプラズマ肺炎 [小児科] のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

マイコプラズマ肺炎 [小児科]

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



21. 急性出血性結膜炎【眼科定点】

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年0.7（17人）、前年0.5（14人）で、前年比121%（3人増加）であった。昭和58、59年（1983、84年）（526人、217人）の流行以来報告数は低レベルのまま推移している。眼科定点の1定点当たりの患者数で示すと、昭和56年（1981年）から令和6年（2024年）までそれぞれ0.04、5.3、131.5、54.3、7.2、3.5、5.6、3.0、2.6、2.6、1.3、3.6、2.0、0.7、0.7、0.6、1.0、1.4、1.7、1.3、1.0、2.0、2.8、2.2、2.7、2.0、1.9、2.1、0.5、0.8、0.8、0.8、1.0、0.5、1.7、0.8、0.1、0.6、0.6、0.1、0.5、0.3、0.5、0.7と推移している。

季節性ははっきりしない。

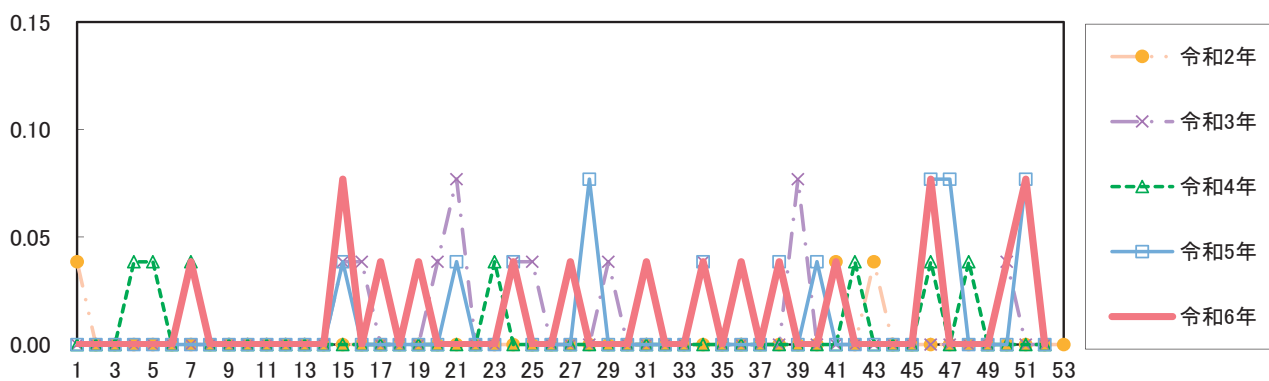
地区別報告では1定点当たり患者数（及び「患

者数」）は北九州1.6（11）〔北九州市1.8（11）〕、福岡0.5（6）〔福岡市0.9（6）〕、筑豊0.0（0）、筑後0.0（0）であった。

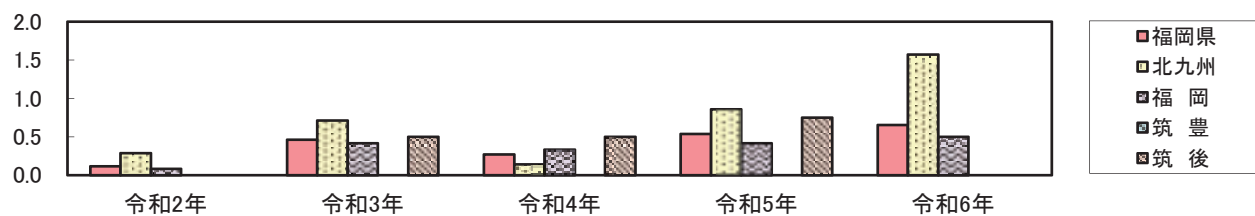
17人の罹患年齢は2歳2人、5歳1人、10～14歳2人、15～19歳1人、20～29歳3人、30～39歳4人、40～49歳2人、60～69歳2人であった。成人が多く、20歳以上が64.7%（前年78.6%、前々年71.4%、3年前100.0%）であった。

男女別は男9人、女8人であった。

福岡県の検査では今年検体提出がなかった。病因ウイルスは不明だが、主な起因ウイルスとしてエンテロウイルス70型とコクサッキーA群24型変異株があげられている。



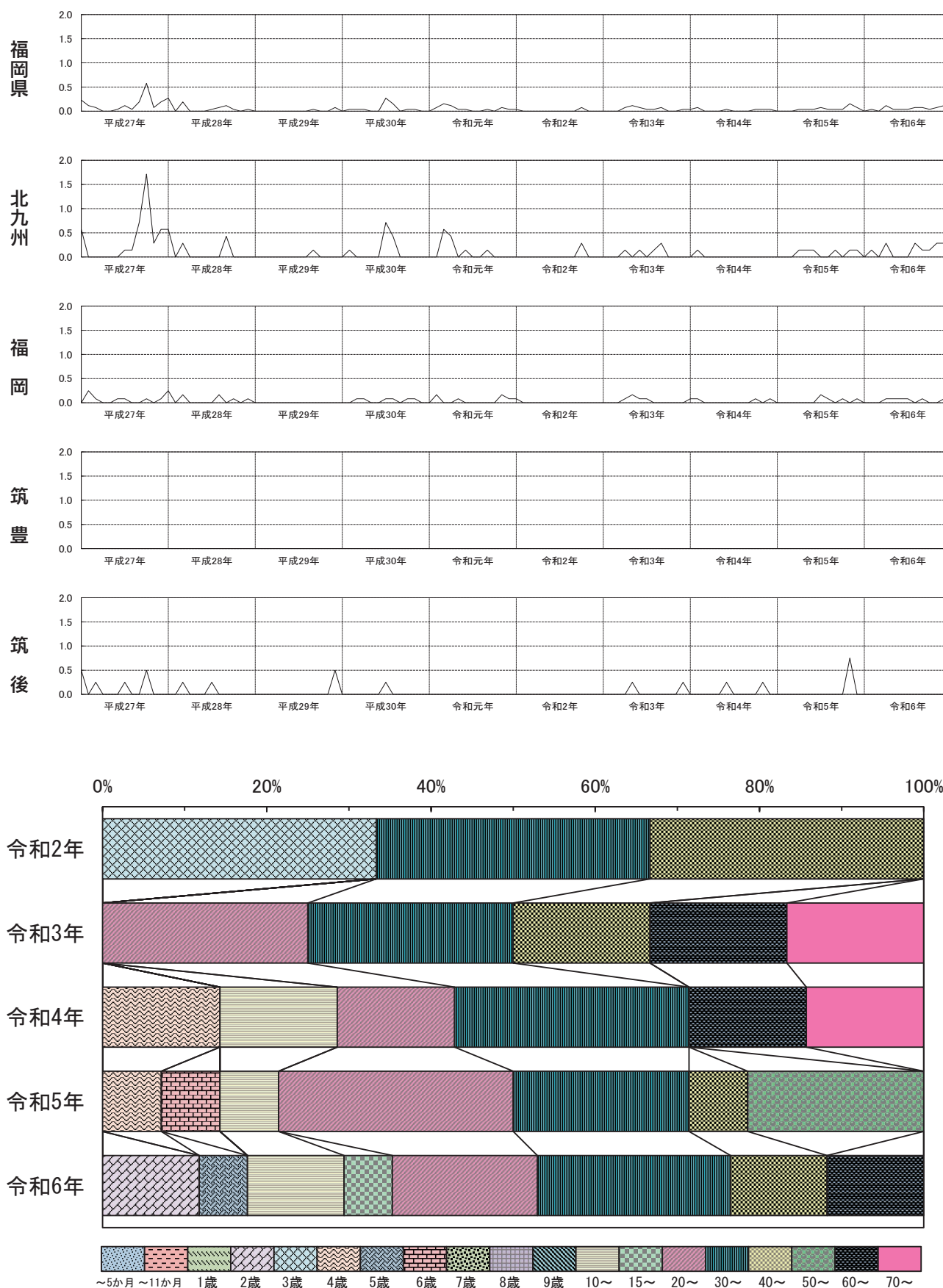
急性出血性結膜炎の1定点当たりの週別報告数推移



急性出血性結膜炎のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

急性出血性結膜炎

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



22. 流行性角結膜炎〔眼科定点〕

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年16.9（440人）、前年33.1（861人）と前年比51%であった。眼科定点の1定点当たりの患者数で示すと、昭和56年（1981年）から令和6年（2024年）までそれぞれ1.0、240.8、485.8、410.3、172.0、136.5、165.1、186.4、211.4、327.3、233.3、131.6、69.1、74.1、136.0、171.8、108.4、120.1、125.9、106.6、105.3、85.6、64.0、34.7、43.5、54.3、41.0、38.2、22.3、28.7、32.7、29.9、34.7、26.3、79.1、52.9、38.9、74.6、54.5、10.6、11.5、6.8、33.1、16.9と推移した。令和2年に著減し、令和3年、4年と少ない状況が続き、令和5年は増加したが、令和6年は半減した。

季節的にはもともと通年性の発生であるが、令和5年は年の後半に多発した。今年は通年性の発生であった。

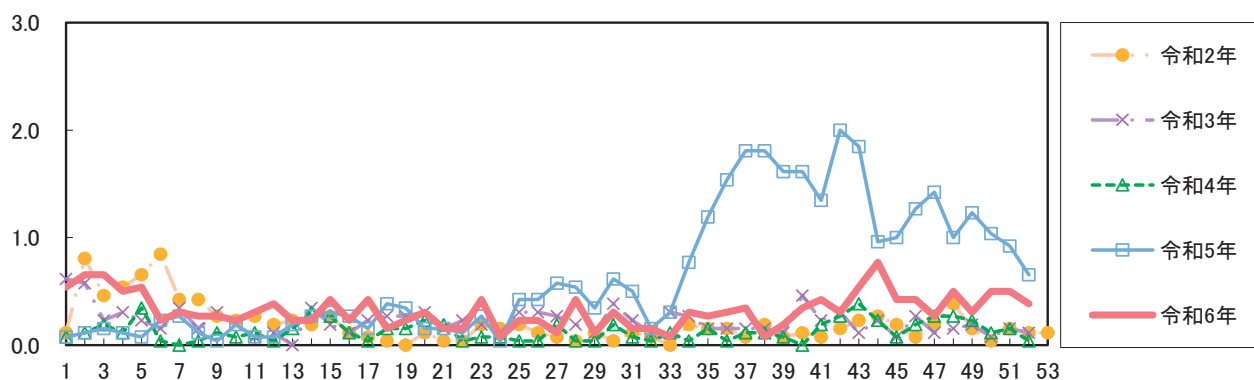
地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州14.3（100）〔北九州市15.3（92）〕、福岡12.8（154）〔福岡市18.1（127）〕、筑豊5.7（17）、筑後42.3（169）で、筑後地区が多いが、各地区

とも減少した。

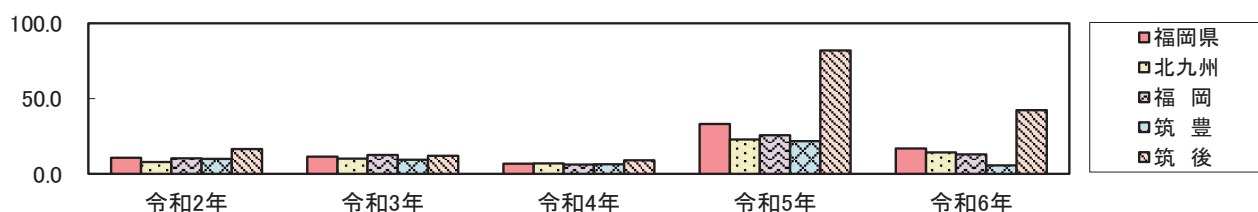
罹患年齢は0～5か月0.0%、6～11か月1.1%、1歳1.4%、2歳2.0%、3歳1.6%、4歳3.6%、5歳1.6%、6歳0.9%、7歳1.1%、8歳2.3%、9歳0.5%、10～14歳1.8%、15～19歳3.9%、20～29歳15.5%、30～39歳25.2%、40～49歳16.6%、50～59歳8.6%、60～69歳5.9%、70歳以上6.4%であった。20歳以上が78.2%（前年62.5%、前々年77.4%、3年前81.2%）と成人の割合が高い。

男女比は1.03（男223人、女219人）であった。

本疾病の原因は主にアデノウイルスによるが、複数の血清型が原因になりうる。本県の検査情報では今年は3検体が提出され、咽頭ぬぐい液からライノウイルスA54型が検出されたが、原因ウイルスであるかは不明。なお、週報には眼科定点、及び眼科定点以外からもアデノウイルス迅速抗原検出キットによる陽性報告がある。眼科定点からは家族内感染の報告がある。



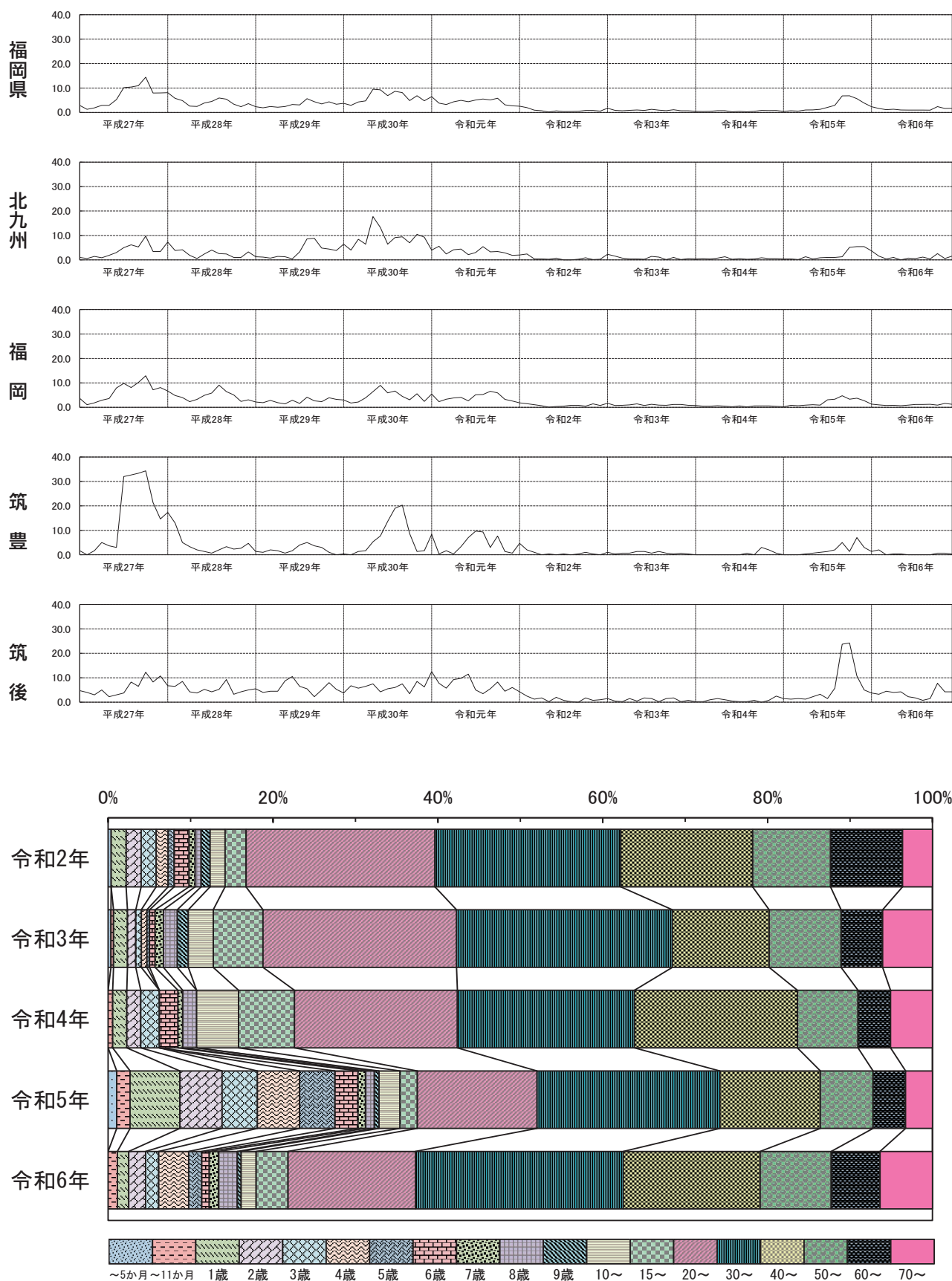
流行性角結膜炎の1定点当たりの週別報告数推移



流行性角結膜炎のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

流行性角結膜炎

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



3) 基幹定点把握対象感染症の解説と図表

1. 細菌性髄膜炎〔基幹定点〕

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成12年より基幹定点から報告を受けている。報告を求める細菌性髄膜炎（髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を除く）とは、「症状、所見から当該感染症が疑われ、かつ検査により髄液細胞数の増加、髄液蛋白量の増加と糖の減少」となっている。福岡県では小児科定点からも報告を受けているので、別項に細菌性髄膜炎〔小児科定点〕があり、患者数・病原体検査情報が一部重複している。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年1.4（21人）、前年1.1（16人）と前年比131%（5人増加）であった。全県1定点当たりの患者数（及び「患者数」）は平成12年（2000年）から令和5年（2023年）まで1.5（22）、1.0（15）、0.8（12）、0.7（11）、1.1（17）、0.8（12）、0.7（11）、0.5（8）、1.1（16）、0.6（9）、0.8（12）、2.3（34）、1.9（29）、1.1（17）、1.1（17）、1.2（18）、1.6（24）、1.5（23）、1.3（20）、1.0（15）、1.1（17）、0.9（14）、0.6（9）、1.1（16）、1.4（21）と推移している。

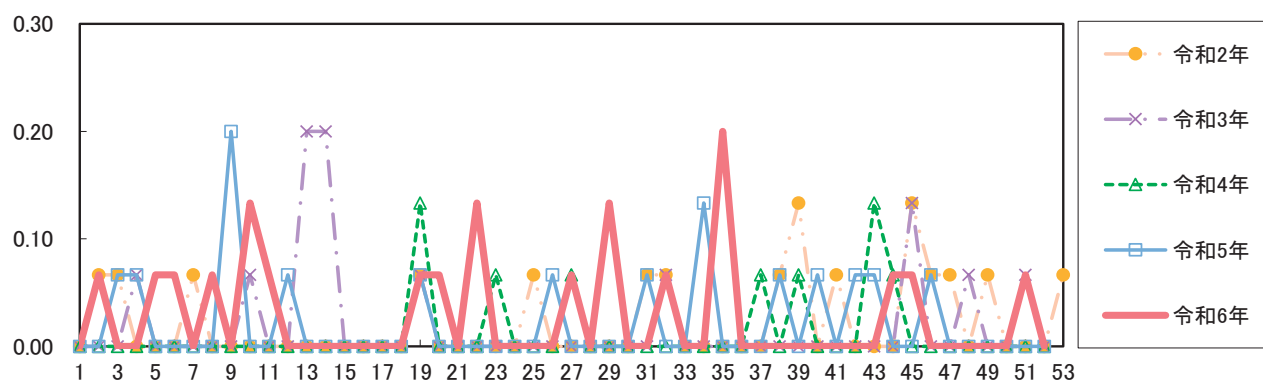
季節的な特徴ははっきりしない。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州0.3（1）〔北九州市0.0（0）〕、福岡1.2（6）〔福岡市2.0（4）〕、筑豊2.0（6）、筑後2.0（8）と各地区から報告がある。

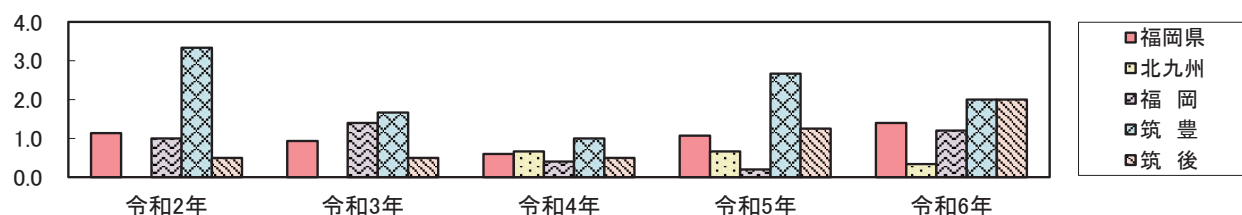
21人の罹患年齢は0～5か月5人、15～19歳1人、20～29歳1人、30～39歳1人、40～49歳2人、50～59歳2人、60～69歳2人、70～79歳4人、80歳以上3人であった。15歳未満5人、20歳以上15人で、成人が大部分であった。

男女別では男8人、女13人であった。

病原体として報告されたのは、*Streptococcus agalactiae* 4人（0～5か月女4人）、*Streptococcus pneumoniae* 2人（60～49歳女、70～79歳女）、*Streptococcus* other groups 1人（60～69歳男）、*Streptococcus* group unknown 1人（15～19歳男）、*Staphylococcus epidermidis* 1人（40～49歳女）、*Staphylococcus* sp 1人（50～59歳男）、*E.coli* 1人（0～5か月女）、*Treponema pallidum* 2人（20～29歳女、30～39歳男）、Herpes simplex virus NT 1人（40～49歳男）の計14人であった。



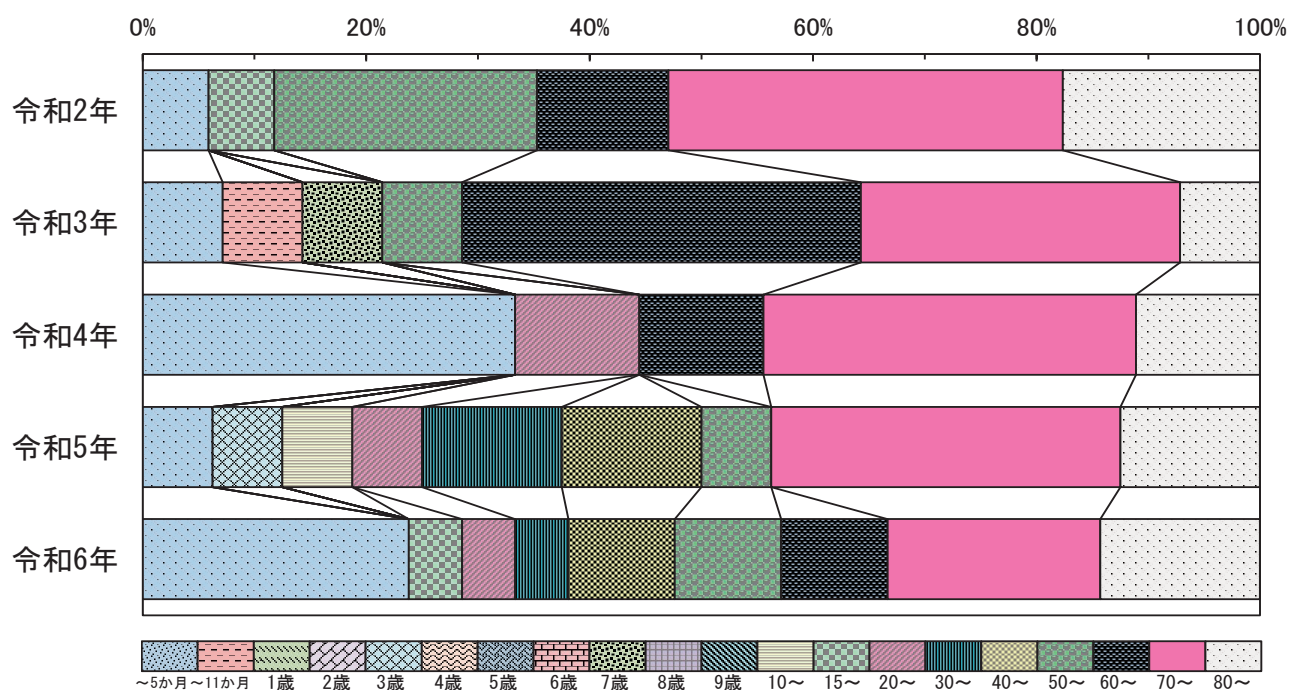
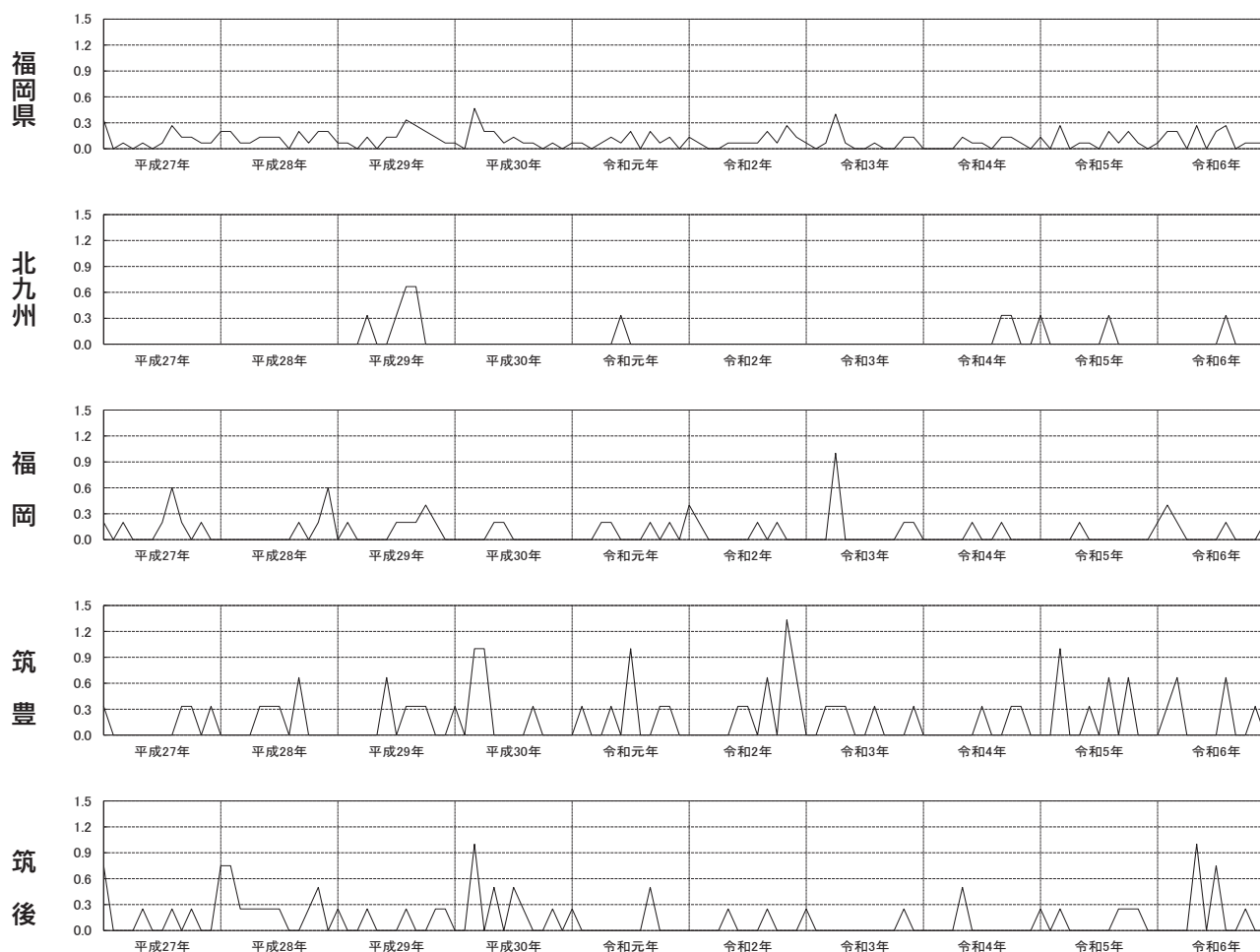
細菌性髄膜炎〔基幹〕の1定点当たりの週別報告数推移



細菌性髄膜炎〔基幹〕のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

細菌性髄膜炎〔基幹〕

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



2. 無菌性髄膜炎〔基幹定点〕

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成12年より基幹定点から報告を受けている。報告を求める無菌性髄膜炎とは、「症状、所見から当該感染症が疑われ、かつ検査により髄液細胞数の増加、髄液蛋白量、糖量が正常」となっている。福岡県では小児科定点からも報告を受けているので、別項に無菌性髄膜炎〔小児科定点〕があり、患者数・病原体検査情報が一部重複している。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年2.3（34人）、前年1.7（26人）と前年比131%であった。全県1定点当たりの患者数（及び「患者数」）は平成12年（2000年）から令和6年（2024年）まで4.2（63）、4.2（63）、2.5（37）、2.1（32）、2.1（32）、0.9（13）、1.3（19）、0.8（12）、0.8（12）、0.5（8）、0.9（13）、2.4（36）、2.7（41）、15.1（227）、3.7（55）、7.7（115）、9.7（146）、5.5（82）、3.5（53）、3.1（46）、1.7（26）、2.7（40）、1.6（24）、1.7（26）、2.3（34）と推移している。令和3年は増加したが、令和4年、5年は報告数が少なく、令和6年はやや増加した。

季節的には夏期に多発する疾患であるが、今年も夏期の多発は目立たなかった。

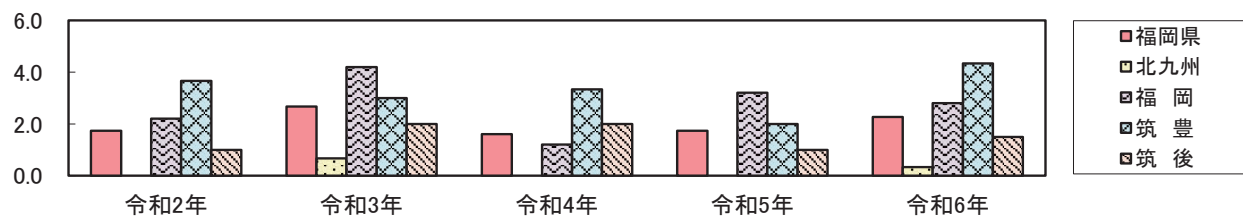
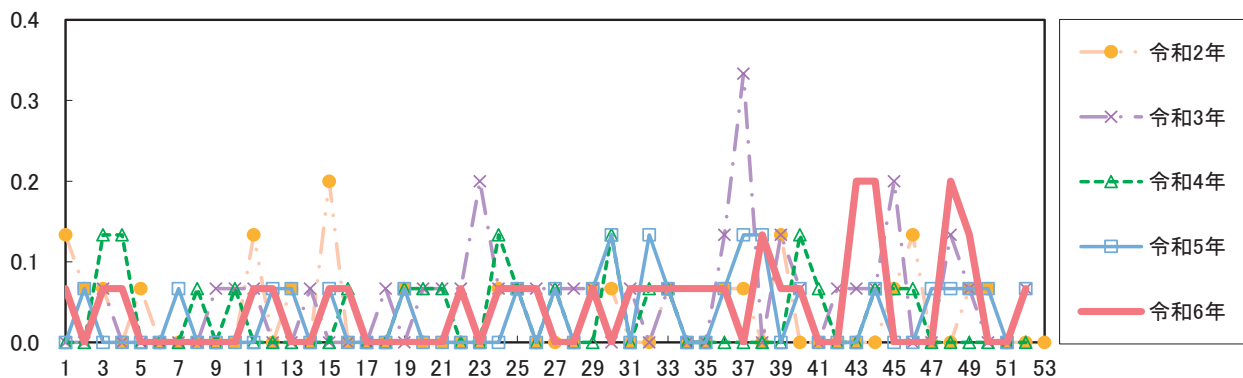
地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）

は北九州0.3（1）〔北九州市0.5（1）〕、福岡2.8（14）〔福岡市6.0（12）〕、筑豊4.3（13）、筑後1.5（6）であった。

罹患年齢は0～5か月26.5%（9人）、6～11か月0.0%、1歳0.0%、2歳2.9%（1人）、3～6歳0.0%、7歳5.9%、8～14歳0.0%、15～19歳5.9%、20～29歳8.8%、30～39歳11.8%、40～49歳8.8%、50～59歳0.0%、60～69歳0.0%、70～79歳14.7%、80歳以上14.7%と分布した。今年は15歳未満が35.3%（12人；前年15.4%、前々年16.7%、3年前42.5%）、20歳以上は58.8%（20人；前年80.8%、前々年66.7%、3年前57.5%）で、成人の報告数が多かった。

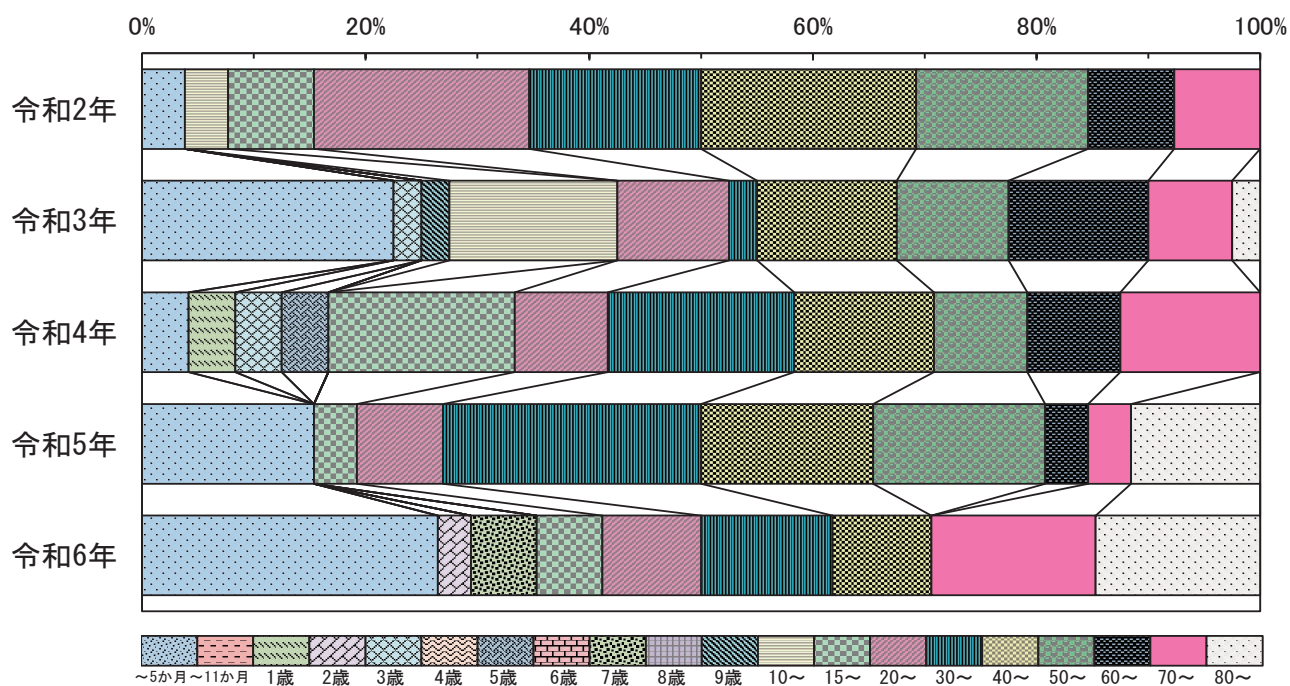
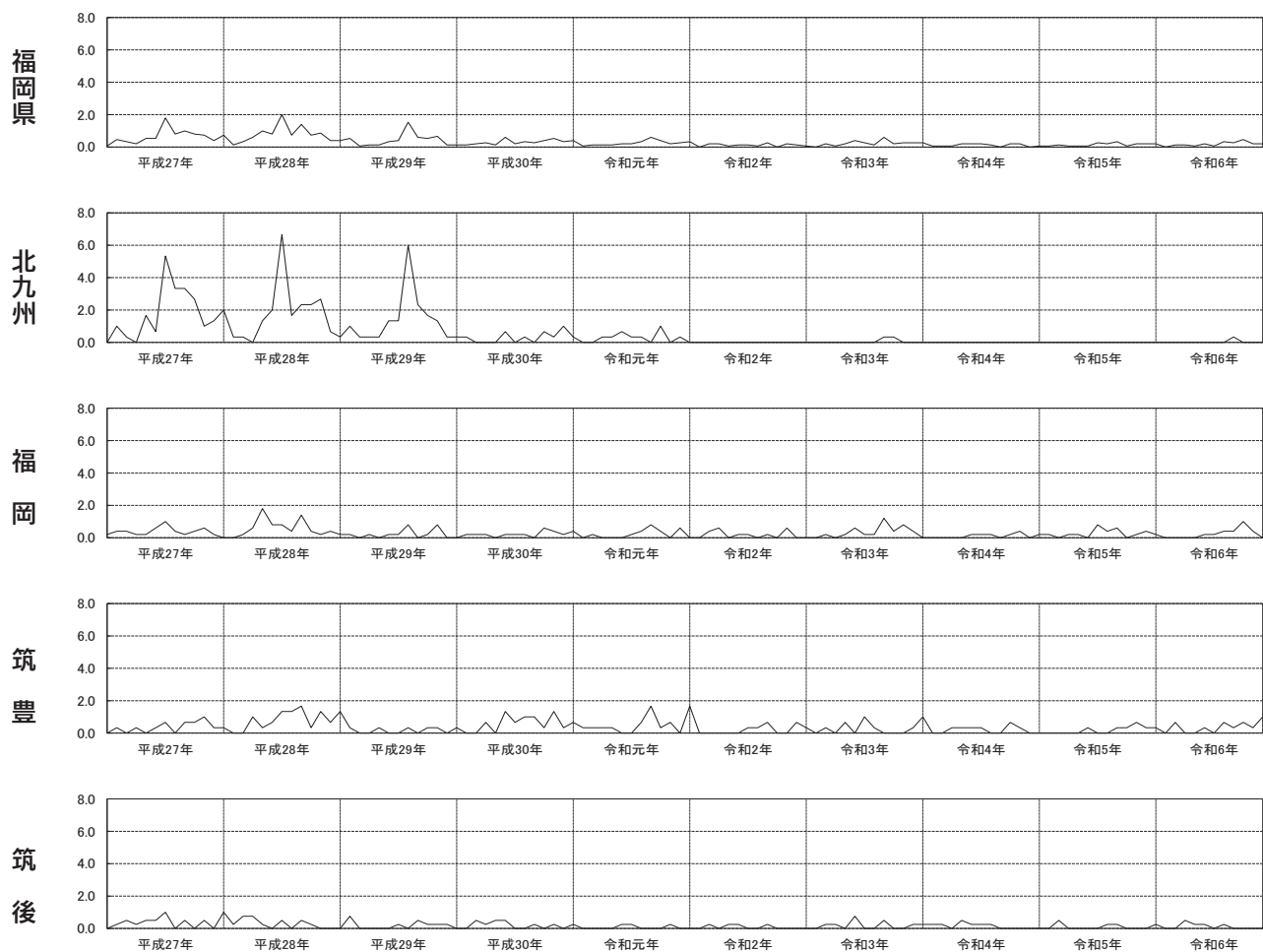
男女比は0.89（男16人、女18人）で女がやや多かった。

病原体として報告されたのはVZV 12人（15～19歳男1人、20～29歳女1人、30～39歳男1人、40～49歳男2人、70～79歳男1人、女2人、80歳以上女4人）、HSV-2型 2人（30～39歳男1人、女1人）、HSV NT 1人（20～29歳女1人）、Enterovirus NT 8人（0～5か月男4人、女2人、2歳女1人、20～29歳男1人）、*Cryptococcus* 1人（80歳以上女1人）であった。



無菌性髄膜炎〔基幹〕

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



3. マイコプラズマ肺炎 [基幹定点]

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成12年より基幹定点から報告を受けている。福岡県では小児科定点からも報告を受けているので、別項にマイコプラズマ肺炎 [小児科定点] があり、患者数が一部重複している。

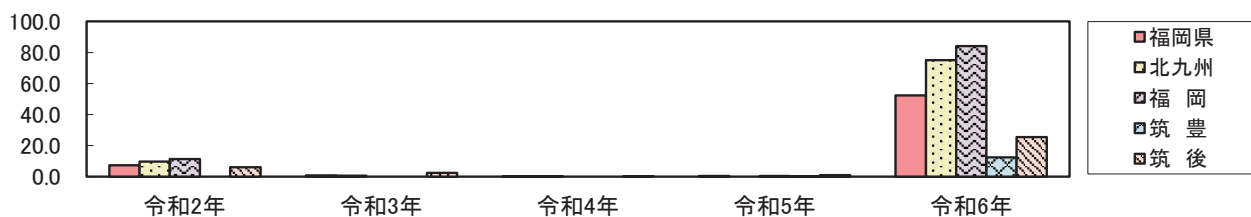
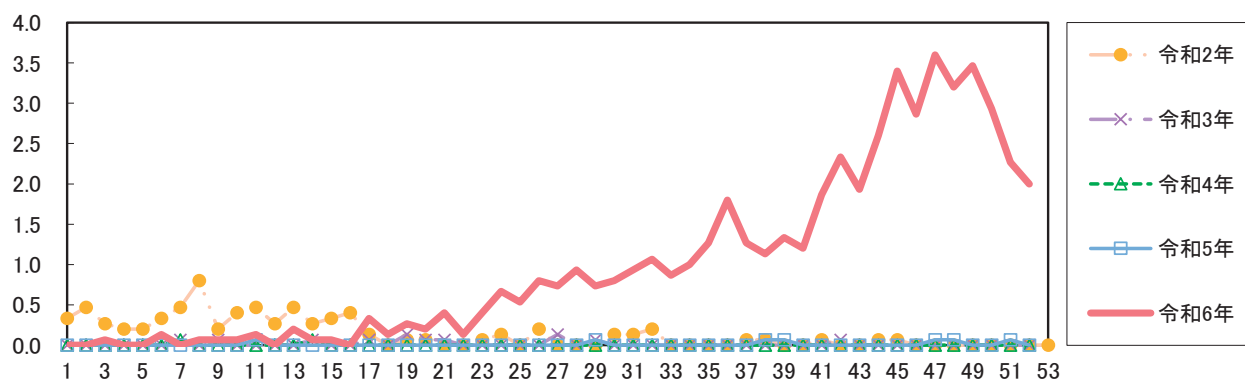
年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年52.3（784人）、前年0.5（7人）であった。全県1定点当たりの患者数（及び「患者数」）は平成12年（2000年）から令和6年（2024年）まで1.6（24）、10.7（161）、5.7（85）、3.0（45）、6.4（96）、4.5（67）、11.2（168）、4.0（60）、3.6（54）、4.0（60）、11.3（170）、19.0（285）、10.0（150）、7.5（113）、5.5（82）、34.2（513）、96.3（1,445）、28.2（423）、11.8（177）、10.2（153）、7.3（110）、0.8（12）、0.1（2）、0.5（7）、52.3（784）と推移している。平成28年に大きなピークを示す流行があり、その後は7年連続で減少し、令和3年、4年、5年は特に少なかったが、令和6年は大きな流行がみられた。

季節性は令和6年春から流行が始まり、11月にピークを示した。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州75.0（225）[北九州市112.5（225）]、福岡84.0（420）[福岡市158.0（316）]、筑豊12.3（37）、筑後25.5（102）で、筑豊は少ないが、各地区とも増加した。

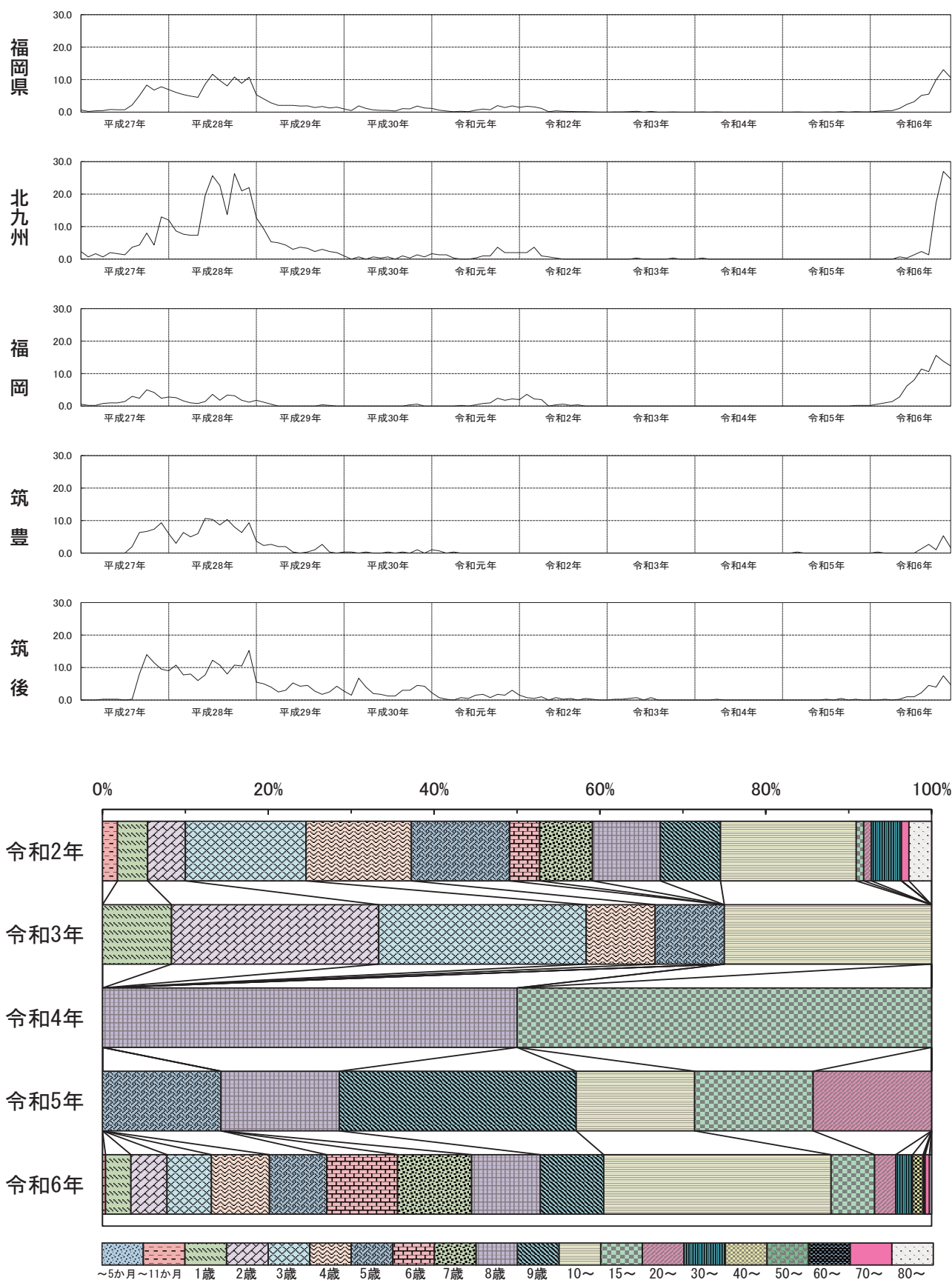
罹患年齢は0～5か月0.0%、6～11か月0.4%、1歳3.1%、2歳4.3%、3歳5.4%、4歳7.0%、5歳6.9%、6歳8.5%、7歳8.9%、8歳8.3%、9歳7.7%、10～14歳27.4%、15～19歳5.2%、20～29歳2.6%、30～39歳2.0%、40～49歳1.3%、50～59歳0.1%、60～69歳0.1%、70～79歳0.5%、80歳以上0.3%であった。7歳未満が35.6%（前年14.3%、前々年0.0%、3年前75.0%）、20歳以上は6.9%（前年14.3%、前々年0.0%、3年前0.0%）と小児に多かった。

男女比は1.12（男414人、女370人）で男がやや多かった。



マイコプラズマ肺炎 [基幹]

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



4. クラミジア肺炎（オウム病を除く）〔基幹定点〕

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成12年より基幹定点から報告を受けている。福岡県では小児科定点からも報告を受けているので、別項にクラミジア肺炎〔小児科定点〕があり、患者数が一部重複していたが、令和5年までで終了した。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年0.1（2人）、前年0.0（0人）であった。全県1定点当たりの患者数（及び「患者数」）は平成12年（2000年）から令和6年（2024年）まで0.3（4）、0.7（10）、1.4（21）、0.2（3）、1.7（25）、1.1（16）、0.5（7）、0.3（5）、0.1（2）、0.3（5）、1.0（15）、0.1（1）、0.7（11）、0.5（8）、0.0（0）、0.2（3）、0.1（2）、0.0（0）、0.0（0）、0.0（0）、0.0（0）、0.1（1）、0.0

（0）、0.0（0）、0.1（2）と推移し、報告数が非常に少ない。

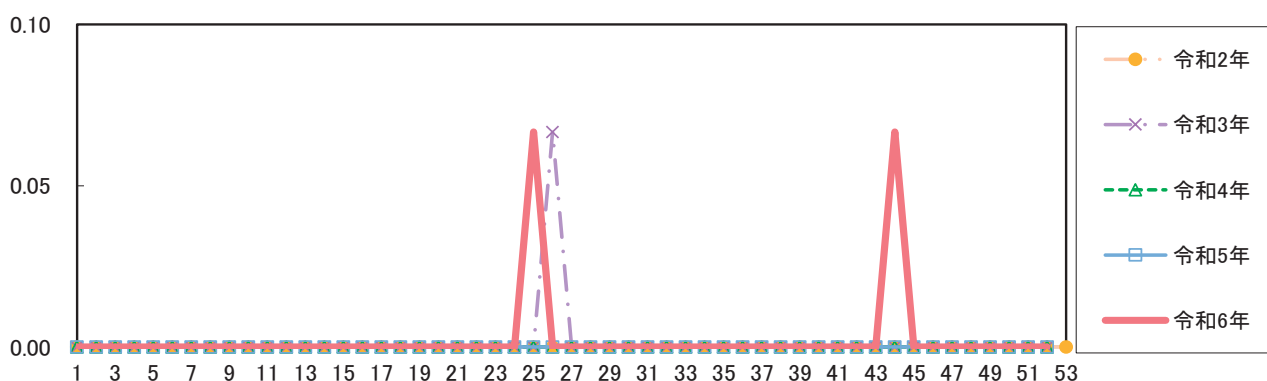
季節性は、6月1人、10月1人であった。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州0.0（0）〔北九州市0.0（0）〕、福岡0.4（2）〔福岡市0.0（0）〕、筑豊0.0（0）、筑後0.0（0）である。

2人の罹患年齢は70～79歳2人。

男女別では男2人、女0人であった。

マイコプラズマ肺炎と比較すると以前より報告数は少なく、診断法の開発、普及が進んでいないことも影響していると考えられる。



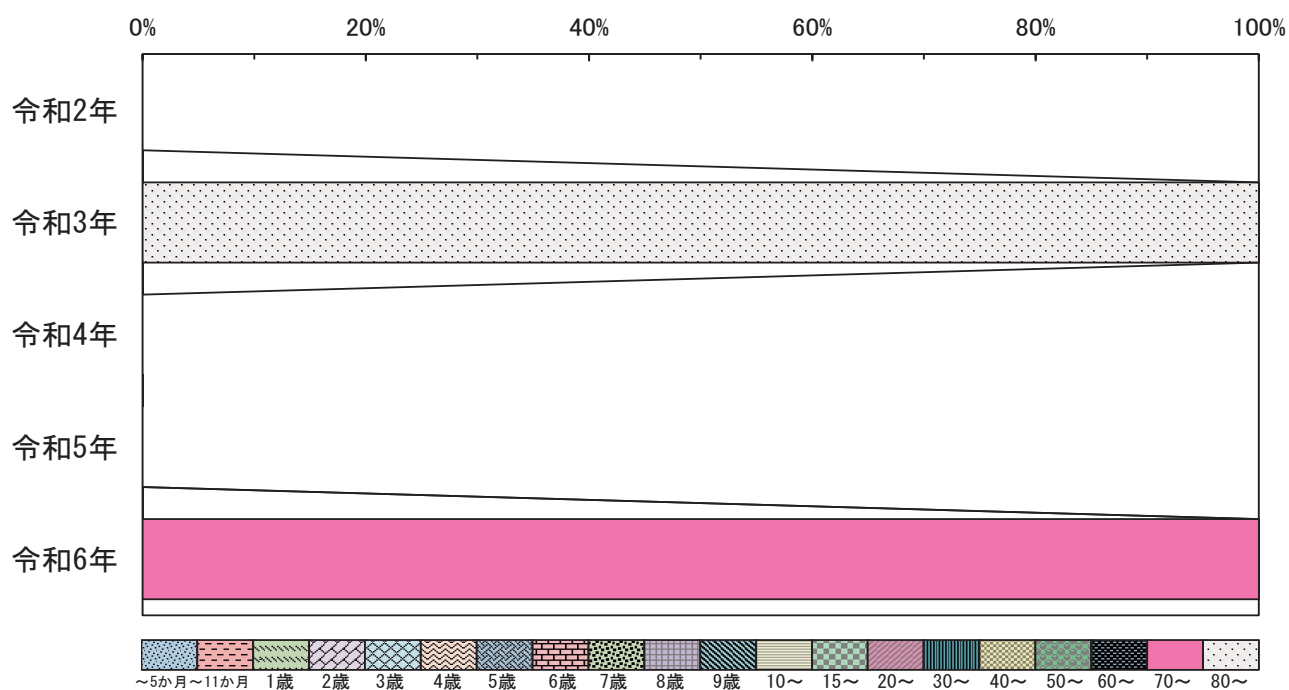
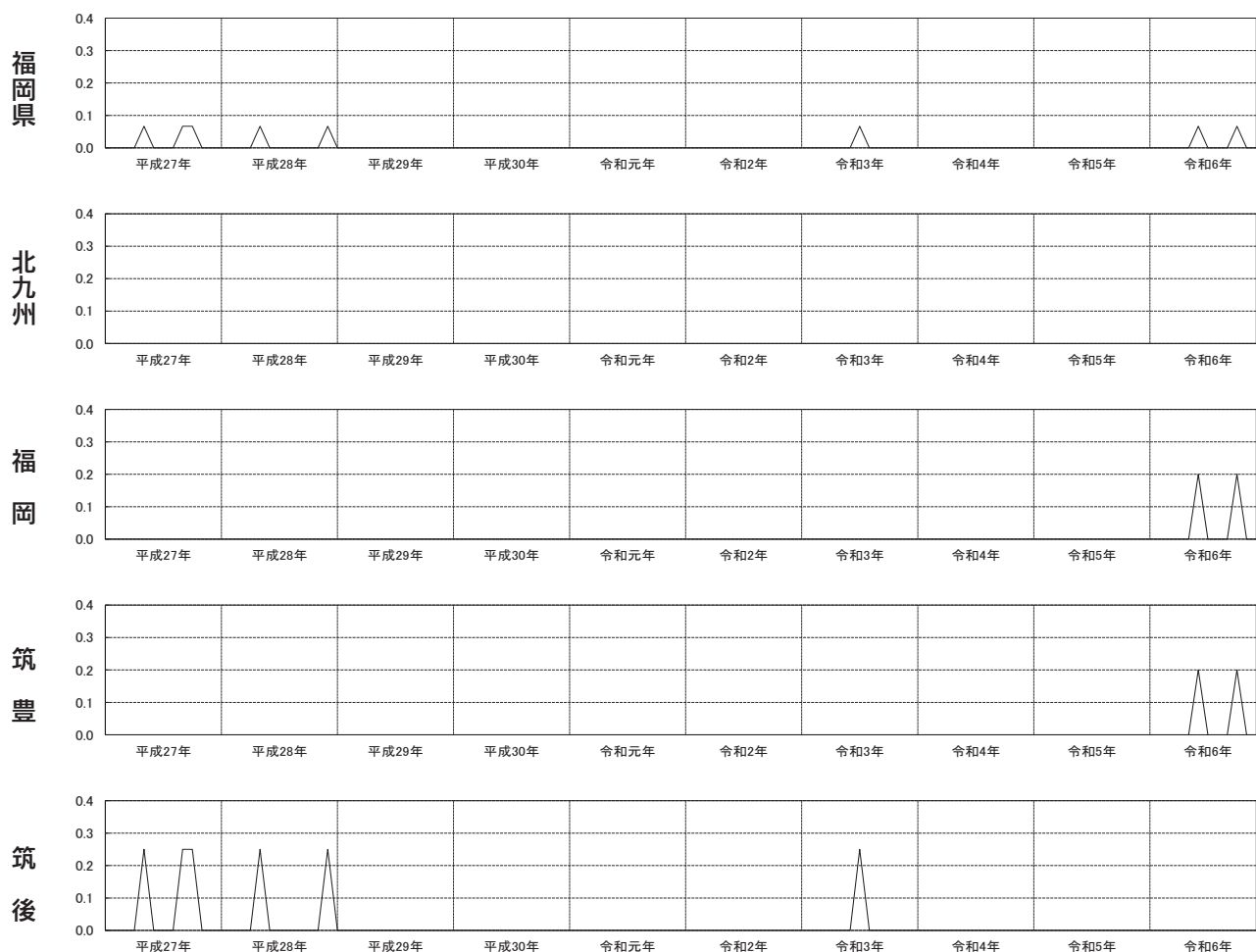
クラミジア肺炎〔基幹〕の1定点当たりの週別報告数推移



クラミジア肺炎〔基幹〕のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

クラミジア肺炎〔基幹〕

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



5. インフルエンザ（入院）〔基幹定点〕

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成23年9月5日より感染症法施行規則（指定届出機関の指定の基準）に規定され、基幹定点から報告されるようになった。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は77.8（1,167人）で、前年の54.7（820人）より増加した。全県1定点当たりの患者数は平成24年（2012年）から令和6年（2024年）まで、それぞれ21.5、12.1、21.9、22.3、37.5、41.6、58.3、69.1、26.7、0.1、0.8、54.7、77.8で、前年から新型コロナウイルス感染症の出現以前のレベルに戻り、今年はさらに増加していた。

1定点当たりの入院患者数は、第3週に4.4となり、ピークを迎えた後減少し、第48週に再び1.0を超え、第52週に18.4まで増加した。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）

は、北九州49.7（149）〔北九州市67.5（135）〕、福岡100.6（503）〔福岡市138.5（277）〕、筑豊91.7（275）、筑後60.0（240）で、全地域から報告が前年より増加しており、福岡と筑豊からの報告が多かった。

入院患者年齢は、1歳から5歳が21.3%で、50～59歳4.7%、60～69歳6.7%、70～79歳14.5%、80歳以上26.5%で、70歳以上の割合は41.0%であった。

男女比は1.32で男性が多かった。

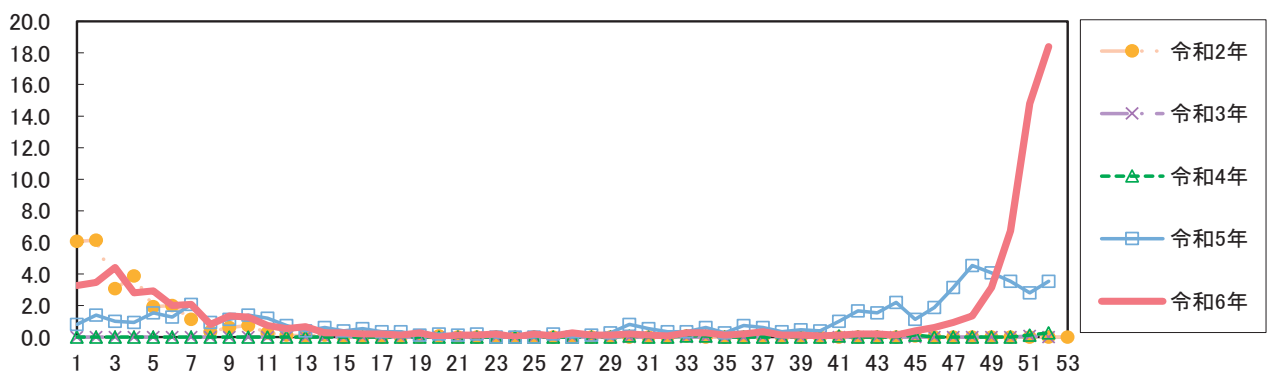
入院時の状況としてICU入室は29人（2.5%）、人工呼吸器の利用は18人（1.5%）で人工呼吸器の利用が前年より多かった。

迅速診断キットの結果ではA型が423人、B型が181人、A型B型両方陽性が9人で、A型が多く、A型では70歳以上、B型では14歳以下と80歳以上が多かった。

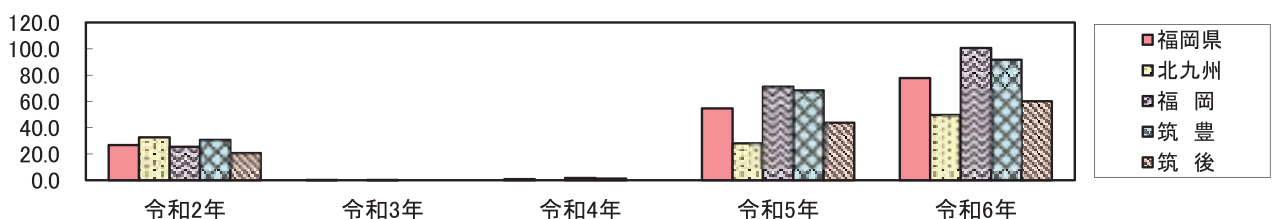
入院時の状況と年齢別内訳（総数：1167人）

年齢	1歳未満	1～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳以上	計
患者数	47	208	151	69	19	18	12	32	55	78	169	309	1167
ICU入室*	0	4	2	3	0	0	0	2	5	7	4	2	29
人工呼吸器の利用*	0	3	2	2	0	0	0	1	2	5	3	0	18
頭部CT検査、頭部MRI検査、脳波検査のいずれかの実施（予定含む）*	1	20	18	7	3	1	2	3	9	9	27	37	137
いずれにも該当せず	46	184	132	60	16	17	10	29	43	64	139	270	1010
A型のみ	9	60	37	22	3	3	3	10	25	40	75	136	423
B型のみ	12	40	42	19	6	5	2	3	5	2	13	32	181
A型・B型	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	4	9
型不明	26	108	72	28	10	10	7	19	25	35	77	137	554

※一部重複あり。



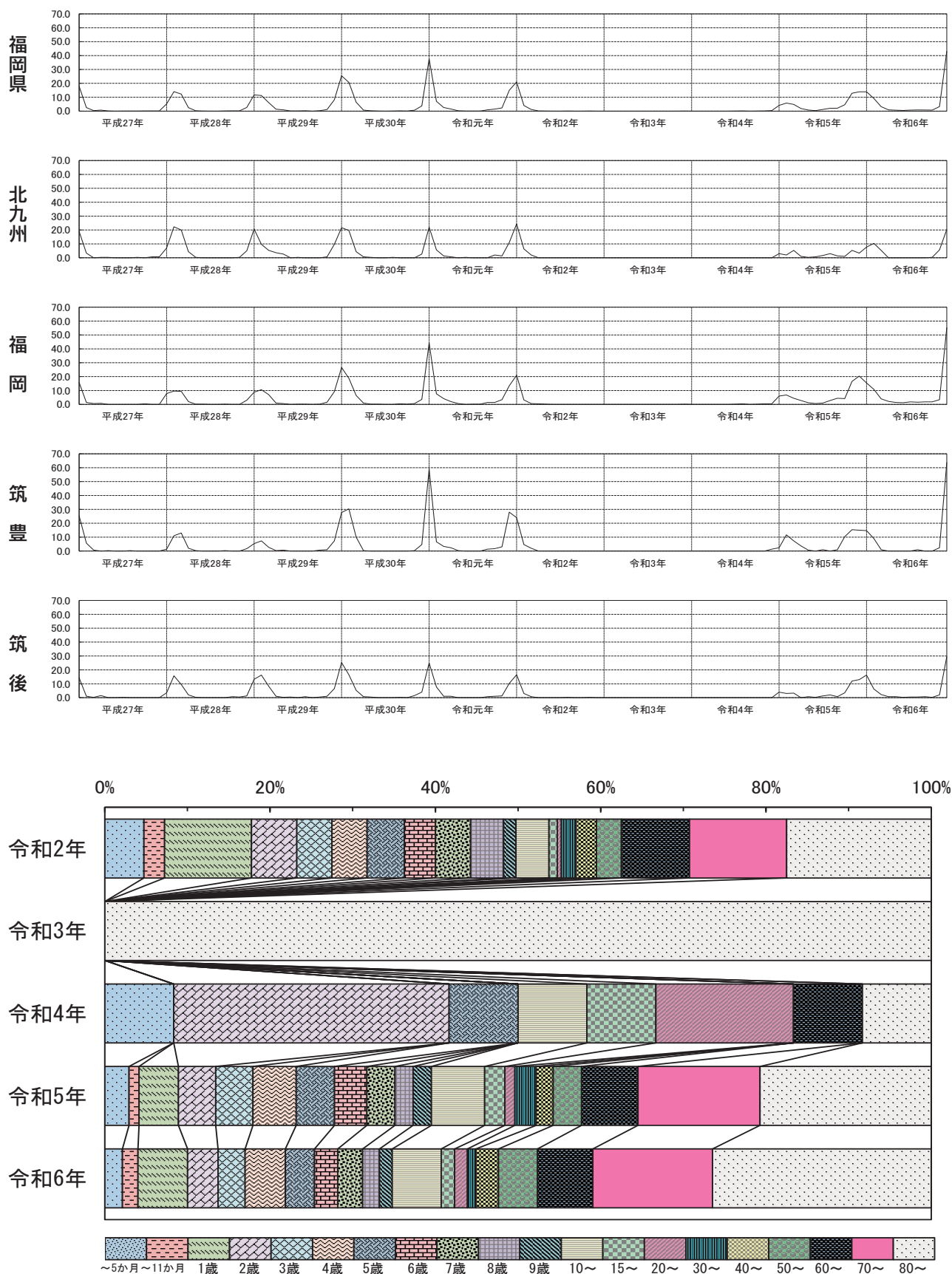
インフルエンザ（入院）〔基幹〕の1定点当たりの週別報告数推移



インフルエンザ（入院）〔基幹〕のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

インフルエンザ（入院）[基幹]

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



6. 新型コロナウイルス感染症（入院）〔基幹定点〕

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」（平成18年3月8日健感発第0308001号厚生労働省結核感染症課長通知）の一部が改正され、令和5年9月25日より指定届出機関（基幹定点）から報告されるようになった。基幹定点で検査によりCOVID-19と診断した患者のうち、入院をしたものについて週単位に報告されるようになってきている。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、令和5年（2023年）9月25日以降は28.9（433人）、令和6年（2024年）は241.7（3,626人）であった。

1定点当たり入院患者数は、令和6年第1週が6.9で、横ばいから減少傾向となり、第10週以降は5.0以下となった。第26週以降は再び5.0以上となり、第30週の14.8がピークとなった。その後減少傾向

を示したが、年末まで1.0以下となる週は少なかった。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州168.0（504）〔北九州市220.5（441）〕、福岡260.6（1,303）〔福岡市228.0（456）〕、筑豊286.3（859）、筑後240.0（960）で、北九州からの報告がわずかに少なかった。

入院患者年齢は、19歳以下は少なく、特に10～14歳0.6%、15～19歳0.4%と少なかった。一方、年齢が上昇するに従い、その割合は増加し、60～69歳10.7%、70～79歳26.6%、80歳以上47.2%で、60歳以上が占める割合が84.5%であった。

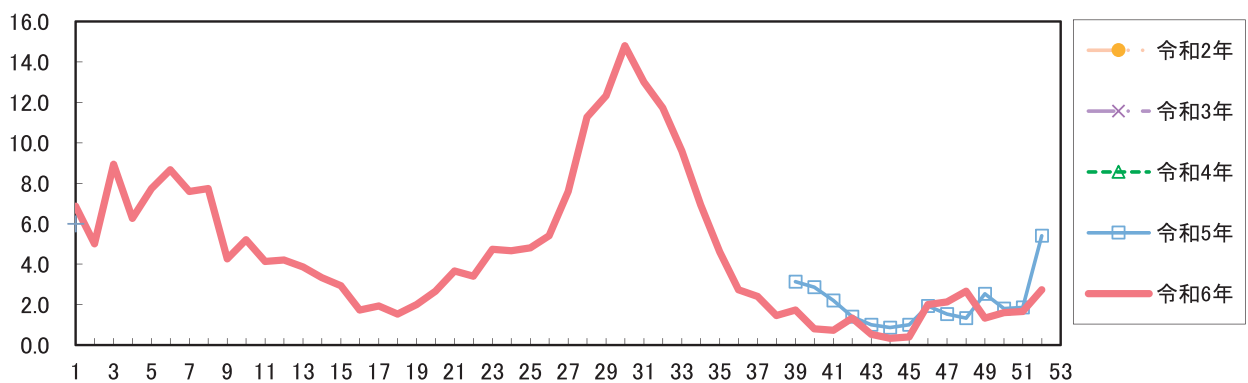
男女比は1.31で男性が多かった。

入院時の状況としてICU入室は214人（5.9%）、人工呼吸器の利用は55人（1.5%）で入院患者でのその割合は前年度と同様であった。

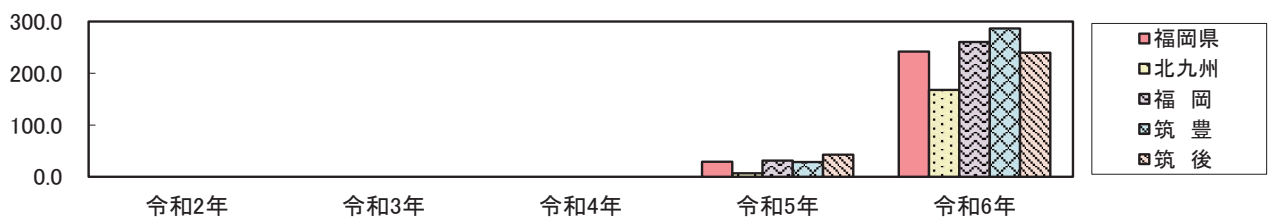
入院時の状況と年齢別内訳（総数：3626人）

年齢	1歳未満	1～4歳	5～9歳	10～14歳	15～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳以上	計
患者数	87	54	49	23	13	40	58	88	149	388	964	1713	3626
ICU入室*	2	0	5	0	2	1	1	5	14	35	63	86	214
人工呼吸器の利用*	3	0	2	0	0	1	1	1	3	7	19	18	55
いずれにも該当せず	83	54	43	23	11	39	56	83	135	351	895	1622	3395

※一部重複あり。



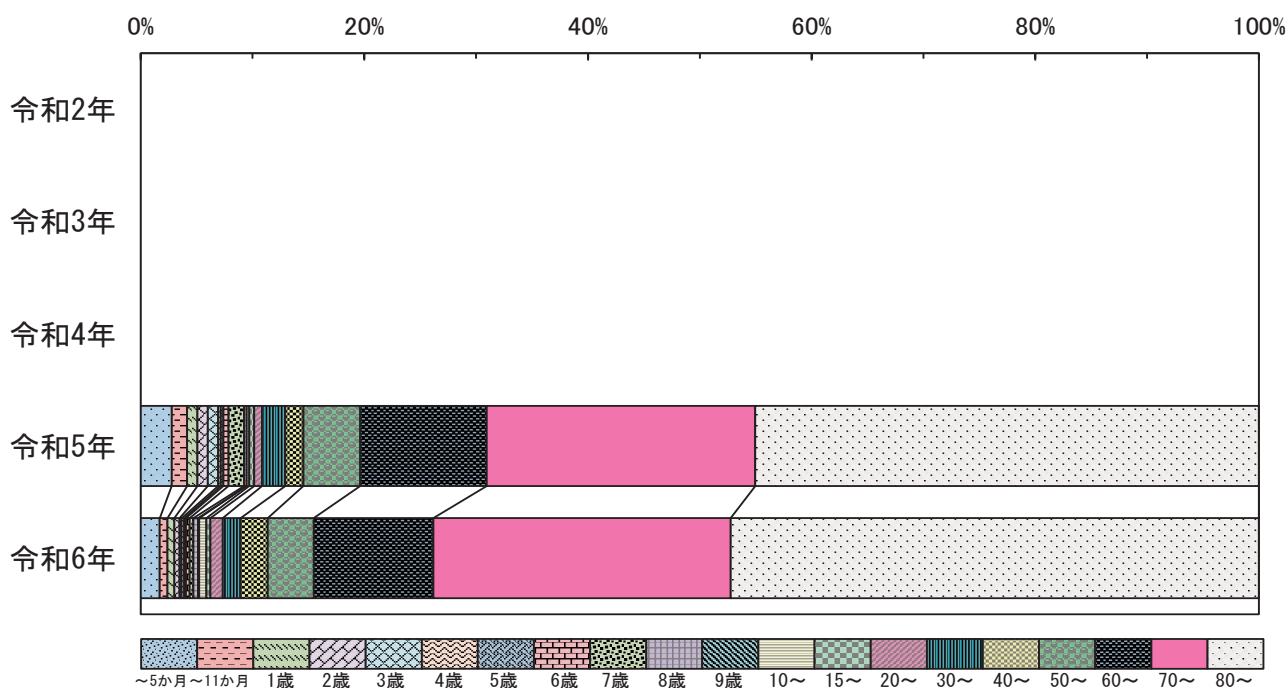
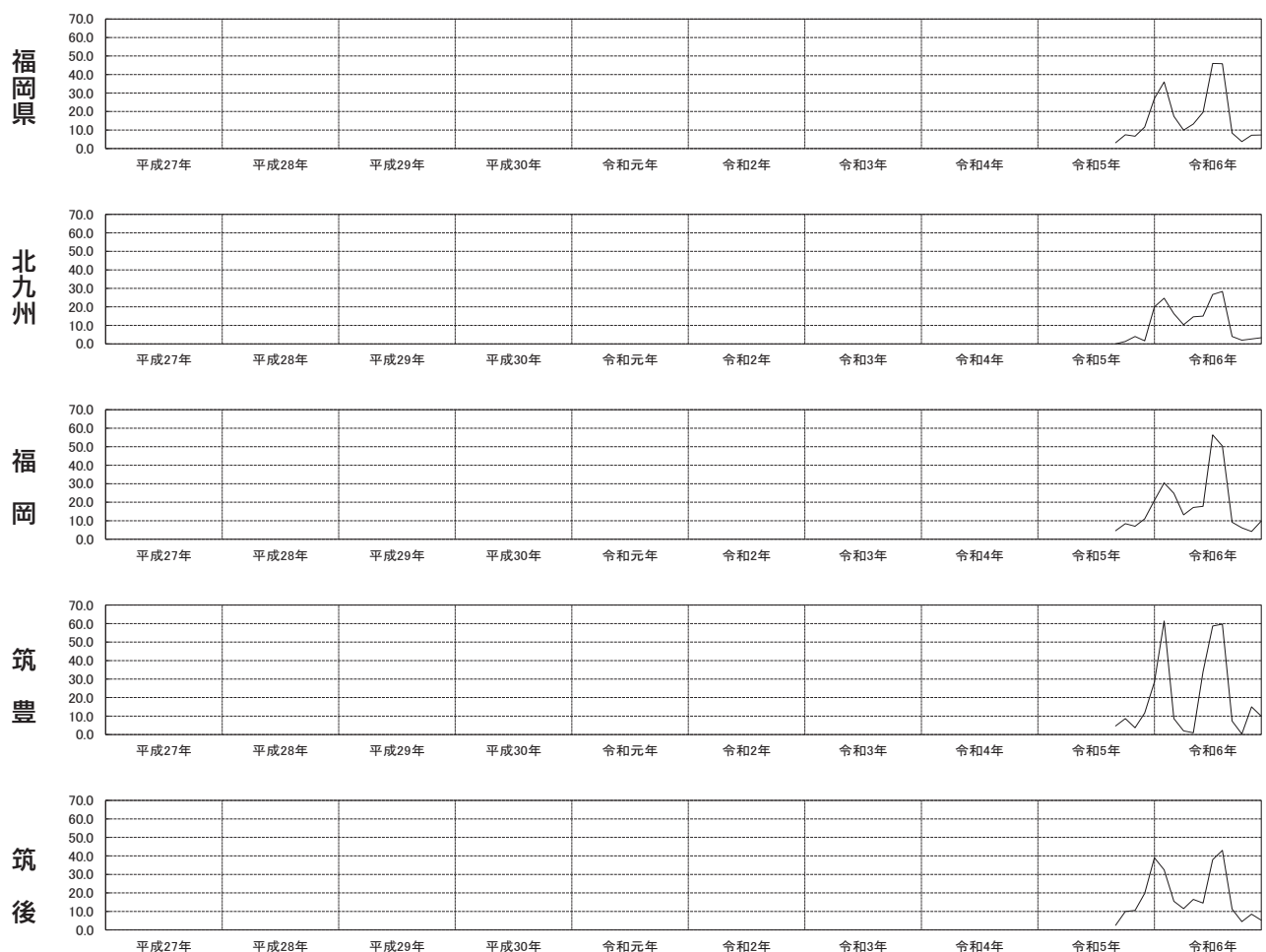
新型コロナウイルス感染症（入院）〔基幹〕の1定点当たりの週別報告数推移



新型コロナウイルス感染症（入院）〔基幹〕のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

新型コロナウイルス感染症（入院）[基幹]

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



7. 感染性胃腸炎（ロタウイルス）〔基幹定点〕

平成25年10月14日改正の感染症法により基幹定点から報告されるようになった。報告を求める感染性胃腸炎（病原体がロタウイルスであるものに限る。）とは、「症状、所見から当該感染症が疑われ、かつ、便からの病原体、抗原や遺伝子の検出」となっている。我が国では平成23年11月21日に1価のロタウイルスワクチン、24年7月20日に5価のロタウイルスワクチンが発売され、任意接種として接種が行われていたが、令和2年10月から定期接種となった。今後、ワクチン接種の影響で疾病の発生動向は大きく変化する可能性があり、動向を把握すること、特に重症ロタウイルス胃腸炎の動向を把握することで、ワクチン評価を行うことが考慮され、基幹定点把握対象感染症となった。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は今年0.9（13人）、前年0.2（3人）であった。全県1定点当たりの患者数（及び「患者数」）は平成25

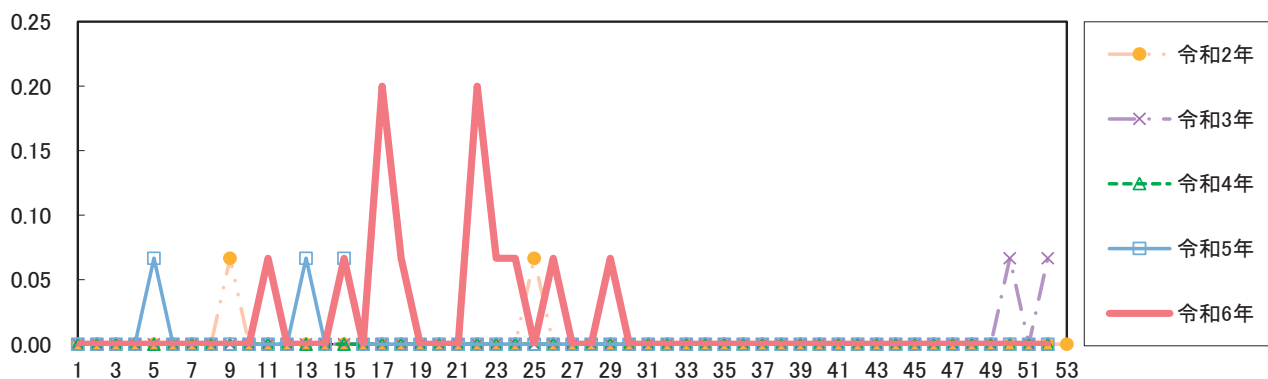
年（2013年）から令和6年（2024年）まで0.0（0）、2.6（39）、2.1（32）、2.0（30）、3.6（54）、5.4（81）、5.9（88）、0.1（2）、0.1（2）、0.0（0）、0.2（3）、0.9（13）と推移した。令和2年から4年連続で非常に少なく、ロタワクチンの定期接種の効果と考えられるが、令和6年はやや増加した。

13人の発生月は3月1人、4月4人、5月4人、6月3人、7月1人であった。

地域的には1定点当たり患者数（及び「患者数」）は北九州0.0（0）〔北九州市0.0（0）〕、福岡0.4（2）〔福岡市0.5（1）〕、筑豊3.0（9）、筑後0.5（2）であった。

13人の罹患年齢は0～5か月1人、1歳1人、2歳1人、4歳2人、5歳3人、6歳3人、10～14歳2人と分布した。3歳以下は3人、23.1%であった。

男女別は男7人、女6人であった。



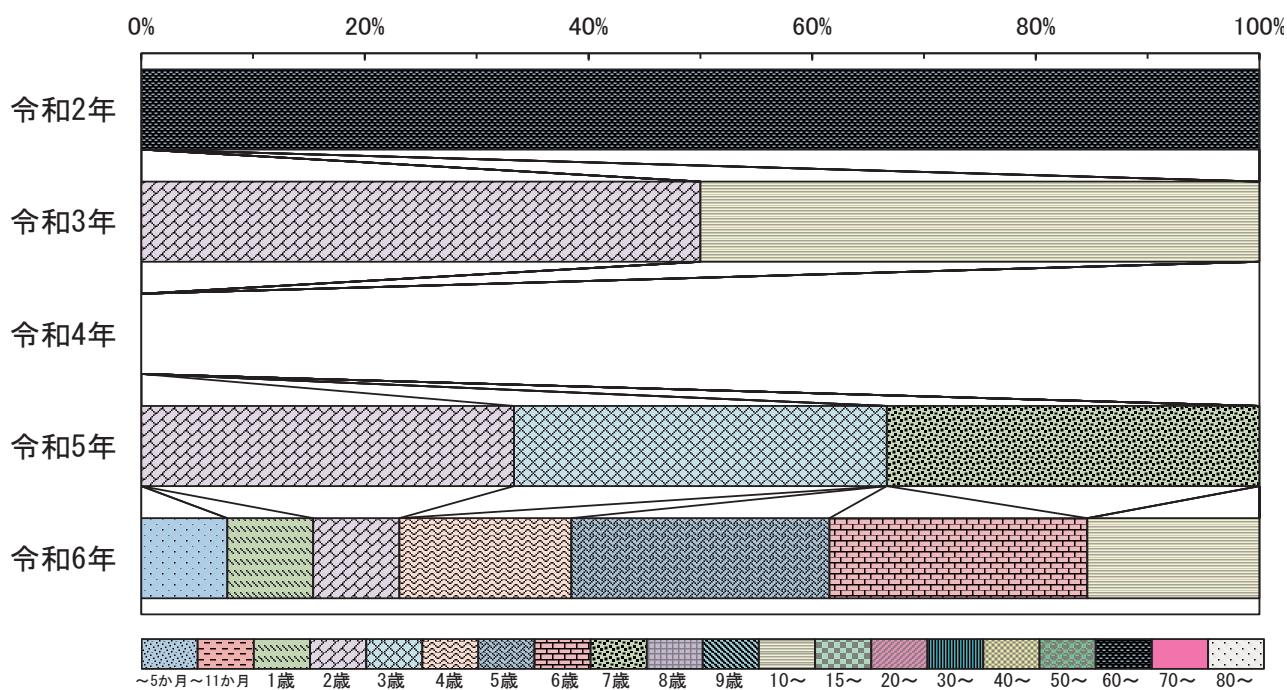
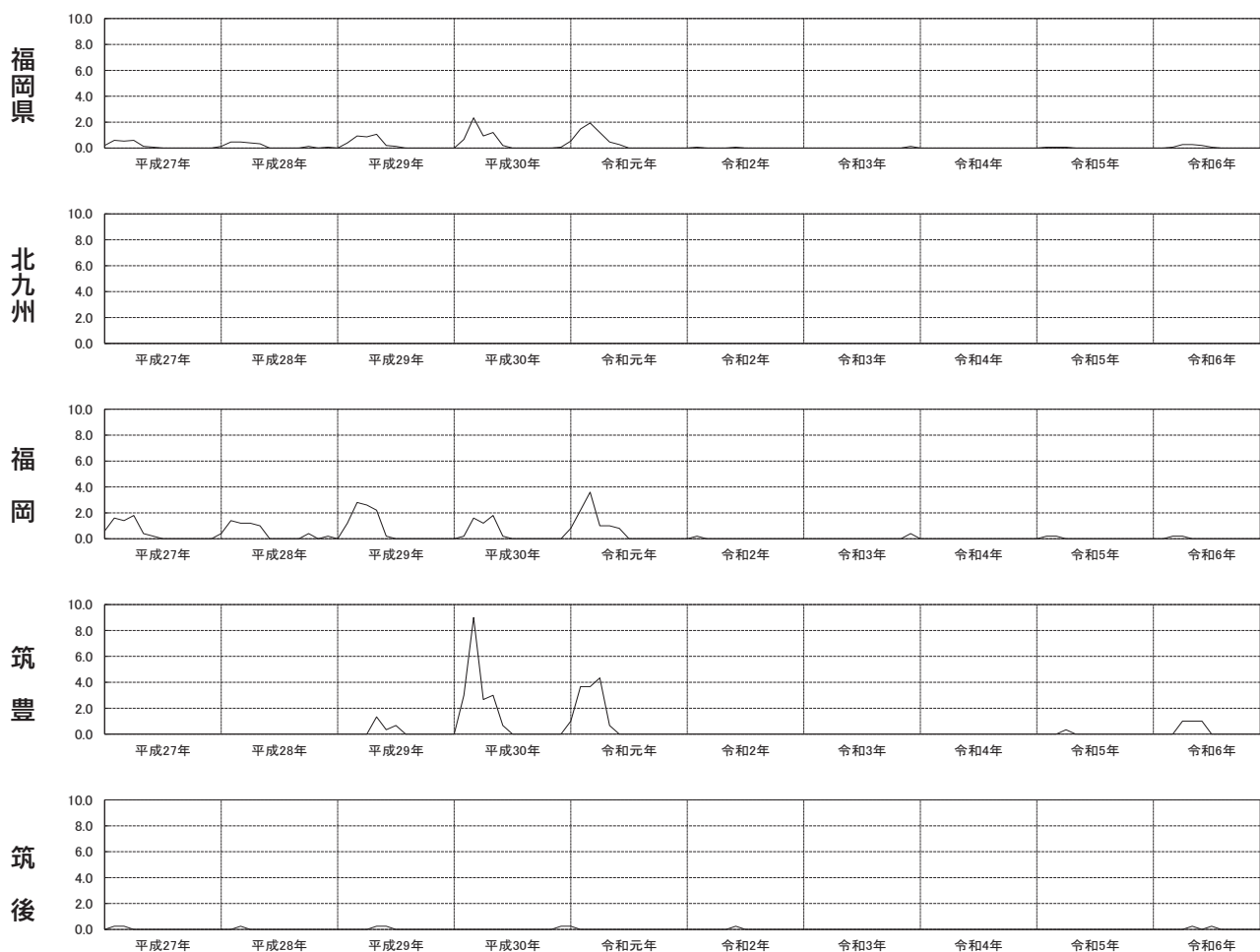
感染性胃腸炎（ロタウイルス）〔基幹〕の1定点当たりの週別報告数推移



感染性胃腸炎（ロタウイルス）〔基幹〕のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

感染性胃腸炎（ロタウイルス）[基幹]

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



8. メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症 [基幹定点]

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成12年より基幹定点から報告を受けている。月単位での届出が求められているが、福岡県では週報での報告を実施している。なお、報告を求めるメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症とは、「症状、所見から当該感染症が疑われ、かつ検査により、病原体の検出と薬剤耐性の基準を満たすもの」となっている。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は45.6（684人）で、前年の58.2（873人）より減少した。全県1定点当たりの患者数は平成12年（2000年）から令和6年（2024年）まで、それぞれ45.4、35.6、50.2、41.4、56.4、48.5、49.1、34.9、32.2、42.8、29.5、49.9、41.0、33.8、30.6、36.8、50.3、54.1、56.8、50.9、44.0、42.7、45.5、58.2、45.6である。

年間の1定点当たり患者数は、全国的には平成27年まで減少し、さらに令和3年以降の報告数は減少しており、新型コロナウイルス感染症の影響が考えられる。福岡県では平成28年度以降はほぼ横ばい状態が続いている。

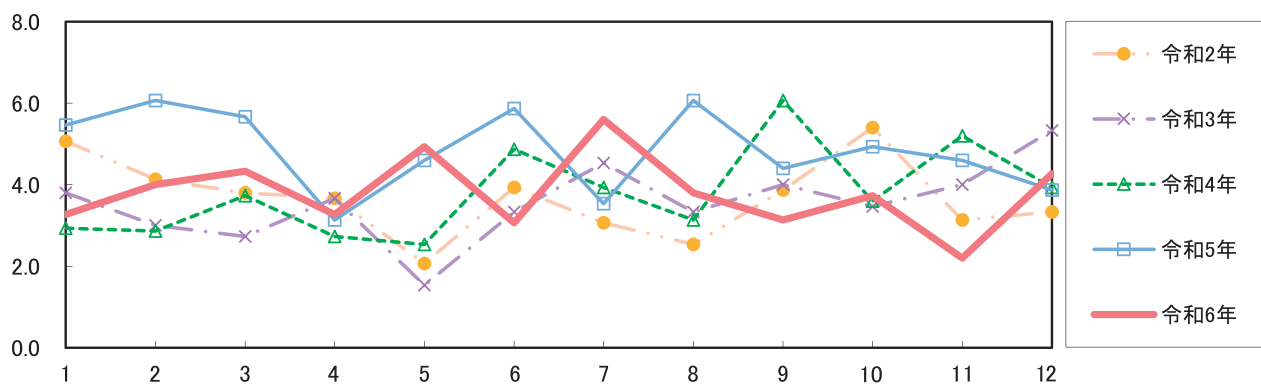
報告数に季節的な特徴はみられず、年間を通じて報告がみられた。全国情報でも、年間を通じて報告がみられ、季節的な特徴ははっきりしない。

地域的には、年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州69.3（208人）〔北九州市99.5（199人）〕、福岡23.0（115人）〔福岡市37.0（74人）〕、筑豊84.3（253人）、筑後27.0（108人）と各地区から報告があり、北九州と筑豊からの報告が多かった。前年報告が多かった福岡からの報告は減少が顕著であった。

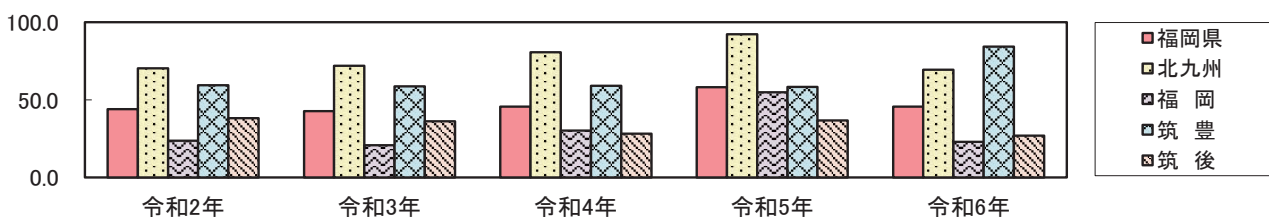
罹患年齢は0～5か月4.4%、6～11か月0.6%、1歳1.6%、2歳1.3%、3歳0.6%、4歳0.4%、5歳0.3%、6歳0.1%、7歳0.3%、8歳0.4%、9歳0.1%、10～14歳1.8%、15～19歳0.4%、20～29歳2.2%、30～39歳2.3%、40～49歳2.9%、50～59歳6.3%、60～69歳9.6%、70～79歳24.9%、80歳以上39.3%で、これまで同様に60歳以上が多く、その割合は73.8%であった。

男女比は1.61で、昨年と同様に男性が多かった。

採取部位別では、喀痰227例、血液113例、胸水3例、腹水7例、尿46例、便7例、髄液1例、その他280例で、喀痰とその他からの分離が多かった。



メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症の1定点当たりの月別報告数推移

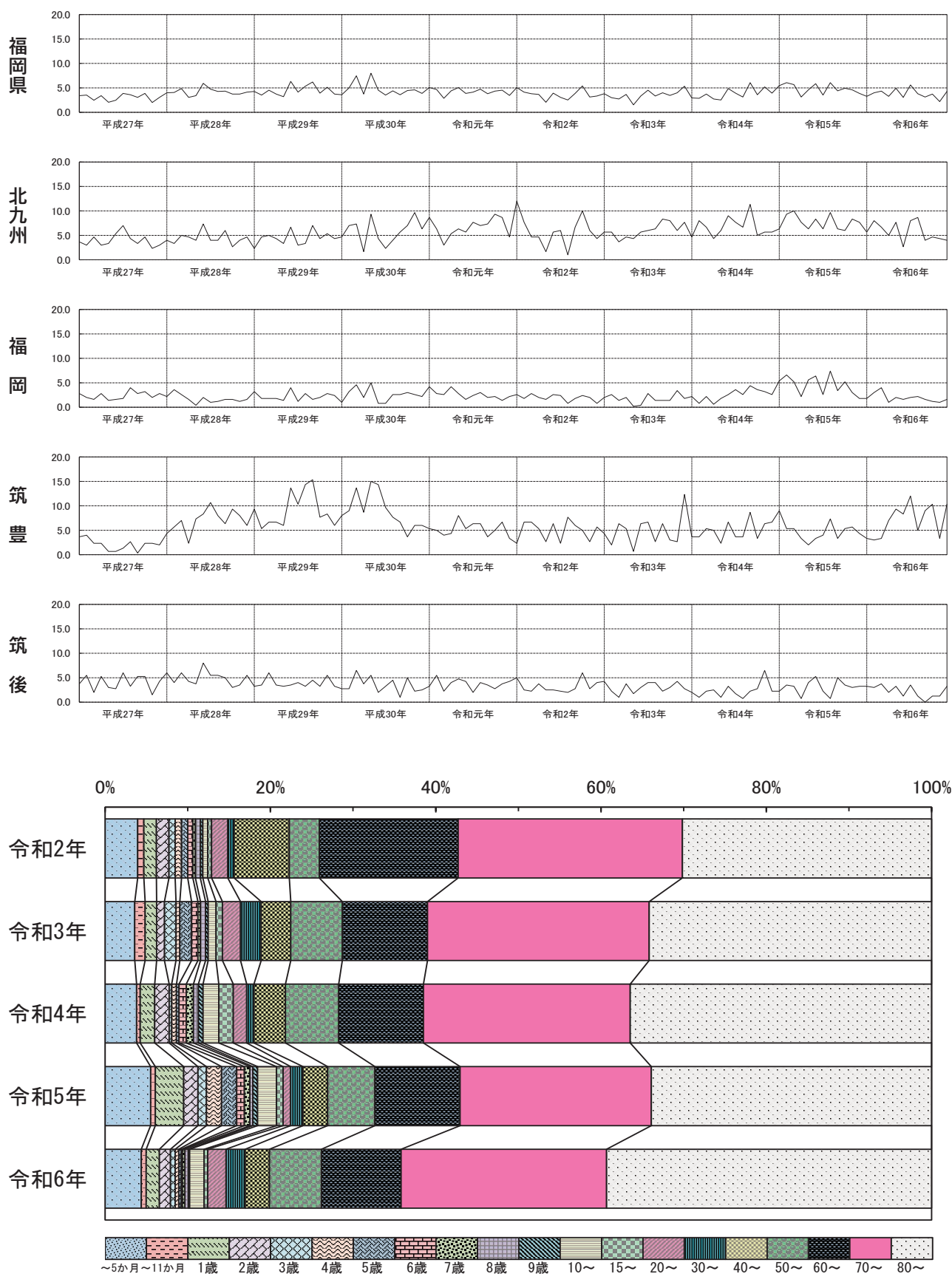


メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

※折れ線グラフは、令和6年事業資料集から月別に変更。

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



9. ペニシリン耐性肺炎球菌感染症〔基幹定点〕

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成12年より基幹定点から報告を受けている。月単位での届出が求められているが、福岡県では週報での報告を実施している。なお、報告を求めるペニシリン耐性肺炎球菌感染症とは、「症状、所見から当該感染症が疑われ、かつ検査により、病原体の検出と薬剤耐性の基準を満たすもの」となっている。

年間の1定点当たり患者数(及び「患者数」)は、3.0(45人)であり、前年の7.0(105人)より少なかった。全県1定点当たりの患者数は平成12年(2000年)から令和6年(2024年)までそれぞれ4.3、4.8、8.7、7.3、19.6、14.0、13.0、2.9、7.0、6.3、5.4、10.8、6.1、4.3、4.5、3.1、4.1、6.0、6.3、6.8、2.1、4.5、4.3、7.0、3.0である。

年間の1定点当たり患者数は、全国では平成20年より減少傾向がみられ、平成26年以降は横ばいとなっていたが、令和2年以降の報告数は著しく減少しており、新型コロナウイルス感染症の影響が考えられる。福岡県では、平成24年度以降はほぼ横ばいとなり、令和2年以降は全国と同様に少

なく、ほぼ横ばい状態が続いている。

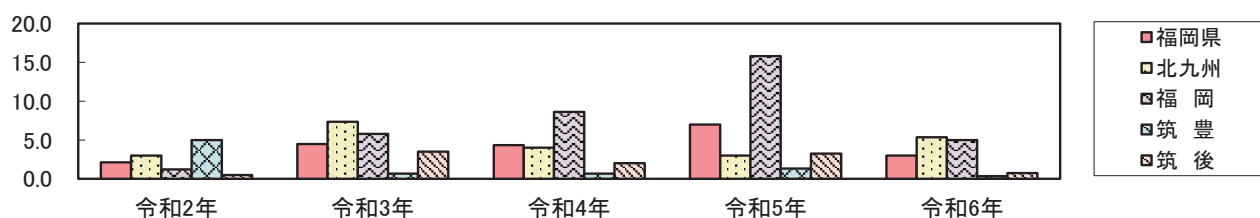
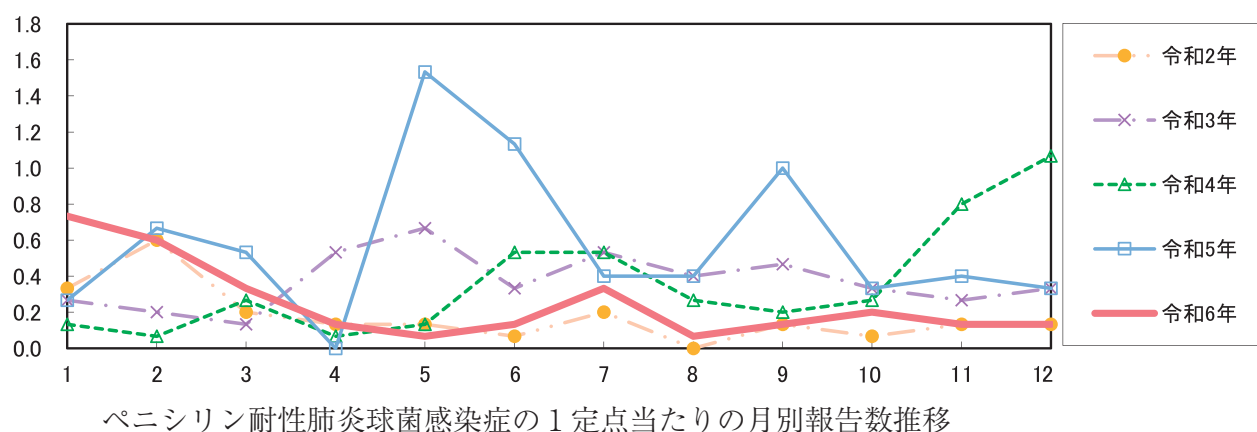
季節的な特徴はみられず、年間を通じて報告がみられた。全国情報でも、年間を通じて報告がみられ、季節的な特徴ははっきりしない。

地域的には、1定点当たり患者数(及び「患者数」)は北九州5.3(16)[北九州市8.0(16)]、福岡5.0(25)[福岡市12.5(25)]、筑豊0.3(1)、筑後0.8(3)と、北九州と福岡からの報告が多かった。前年多かった福岡からの報告は減少が顕著であった。

罹患年齢は0～5か月4.4%、6～11か月11.1%、1歳28.9%、2歳11.1%、3歳4.4%、4歳8.9%、5歳2.2%、6歳0%、7歳4.4%、8歳4.4%、9歳0%、10～14歳0%、15～19歳0%、20～29歳0%、30～39歳2.2%、40～49歳0%、50～59歳0%、60～69歳6.7%、70～79歳6.7%、80歳以上4.4%で、4歳までが全体の約70%を占めていた。

男女比は1.05で、男性が1例多かった。

採取部位別では、喀痰29例、血液3例、髄液1例、尿1例、その他11例で、例年と同様に喀痰からの分離が多かった。

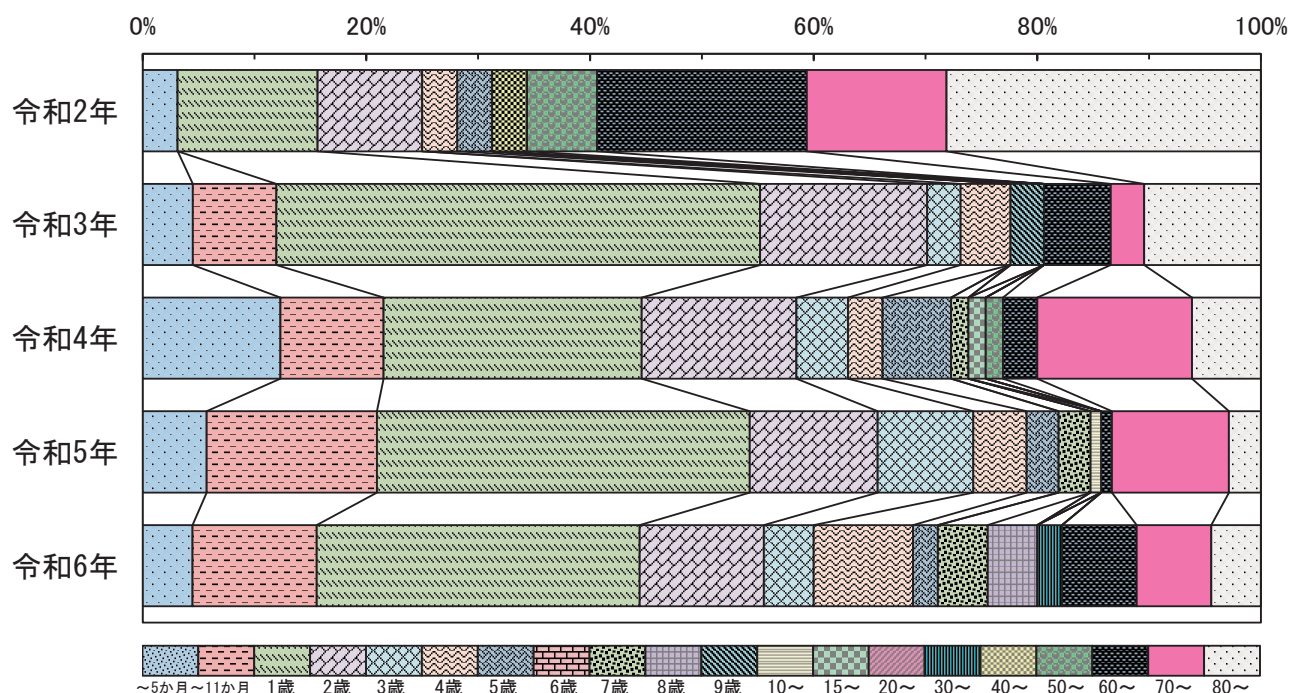
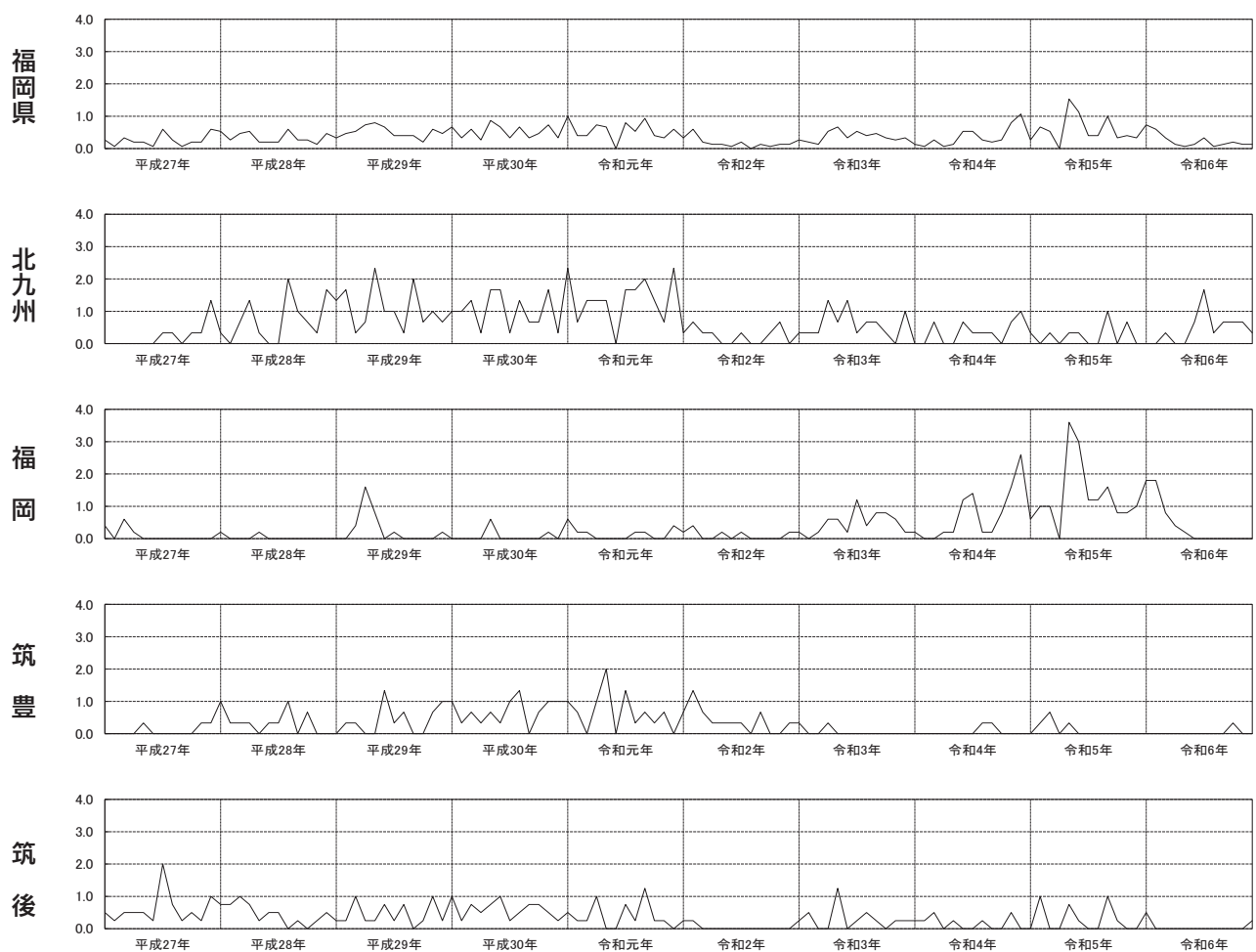


ペニシリン耐性肺炎球菌感染症のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

※折れ線グラフは、令和6年事業資料集から月別に変更。

ペニシリン耐性肺炎球菌感染症

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



10. 薬剤耐性緑膿菌感染症〔基幹定点〕

平成11年4月施行の感染症法に従い、平成12年より基幹定点から報告を受けている。月単位での届出が求められているが、福岡県では週報での報告を実施している。なお、報告を求める薬剤耐性緑膿菌感染症とは、「症状、所見から当該感染症が疑われ、かつ検査により、病原体の検出と薬剤耐性の基準（カルバペネム、アミノグリコシド、フルオロキノロンの3系統の抗菌薬に耐性）を満たすもの」となっている。

年間の1定点当たり患者数（及び「患者数」）は0.1（1人）で、前年の0.3（4人）より少なかった。全県1定点当たりの患者数は、平成12年（2000年）から令和6年（2024年）までそれぞれ0.6、0.2、0.4、0.5、0.5、0.1、0.5、0.5、0.1、0.3、0.1、0.5、0.3、0.1、0.1、0.3、0.1、0.5、0.3、0.3、0.5、0.9、0.3、0.3、0.1で、大きな変化はみられていない。

全国情報では、年間の1定点当たり患者数は平成28年以降は少ない状況が続いている。福岡県での患者数は全国情報と同様に、少ないまま経過しており、大きな変動はみられていない。

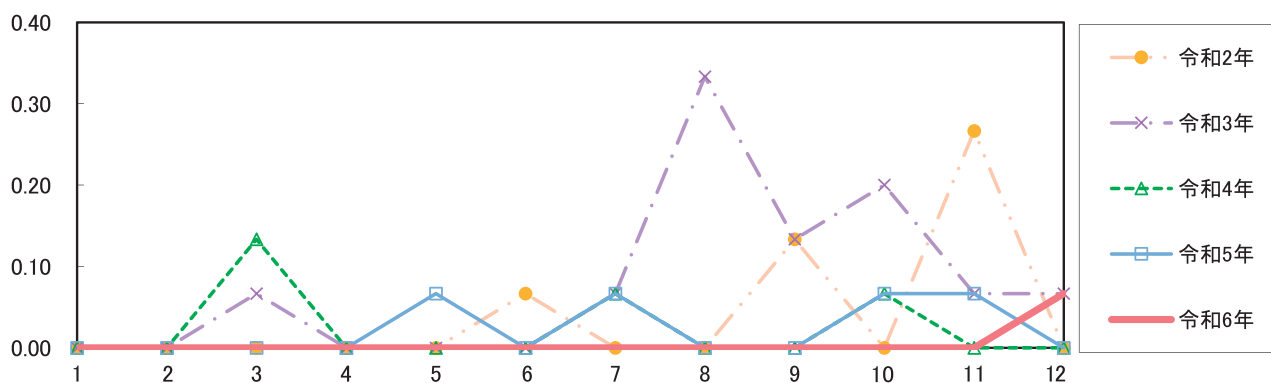
季節的な特徴ははっきりせず、全国情報でも年間を通じて報告がみられている。

地域的には、1定点当たり患者数（及び「患者数」）は、北九州0.0（0）〔北九州市0.0（0）〕、福岡0.0（0）〔福岡市0.0（0）〕、筑豊0.0（0）、筑後0.3（1）で、筑後からの報告のみであった。

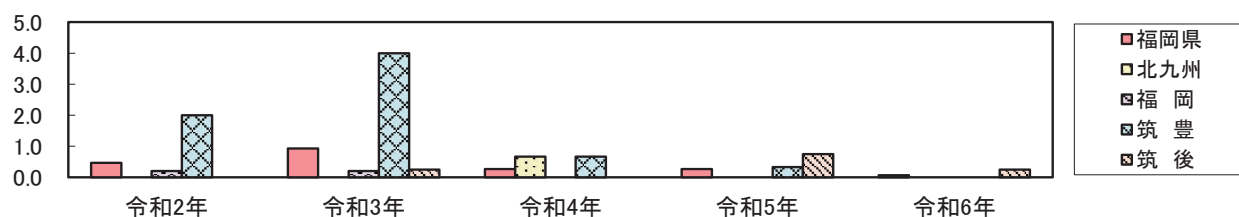
罹患年齢は、10～19歳で1人みられた。これまで70歳以上の高齢者に集中していたが、今年度は高齢者は見られなかった。

男女比は女1人であった。

採取部位別は、その他1例であった。



薬剤耐性緑膿菌感染症の1定点当たりの月別報告数推移

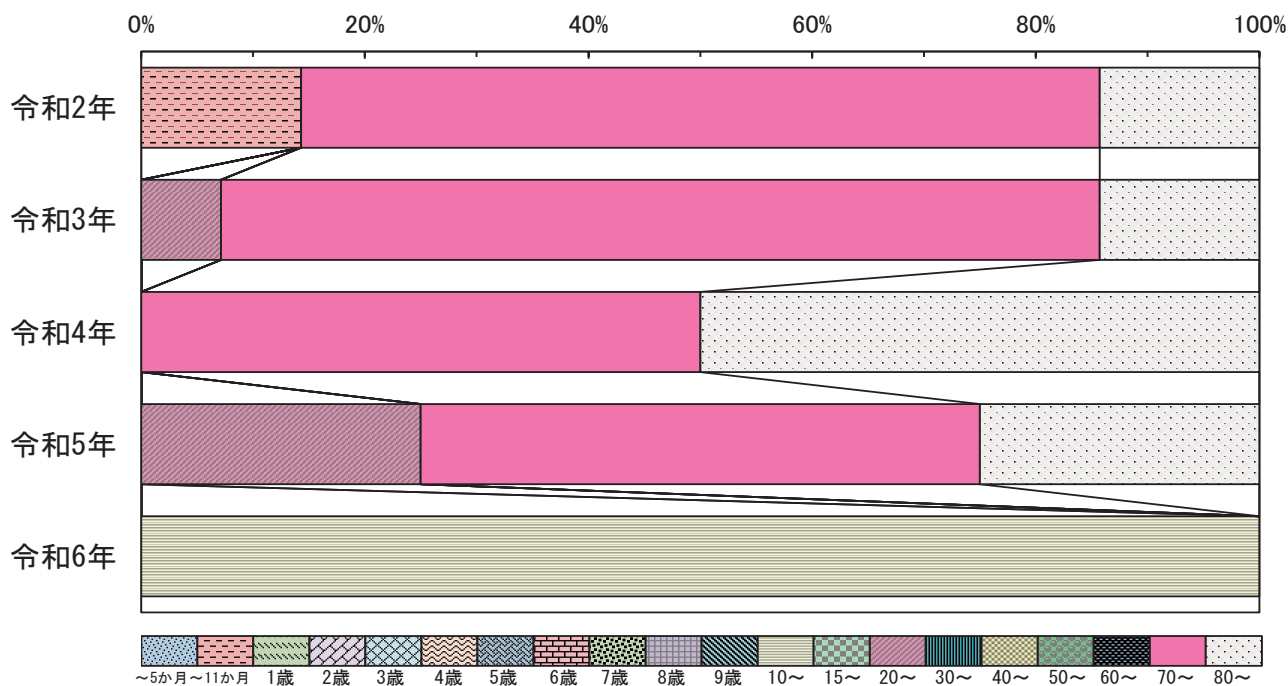
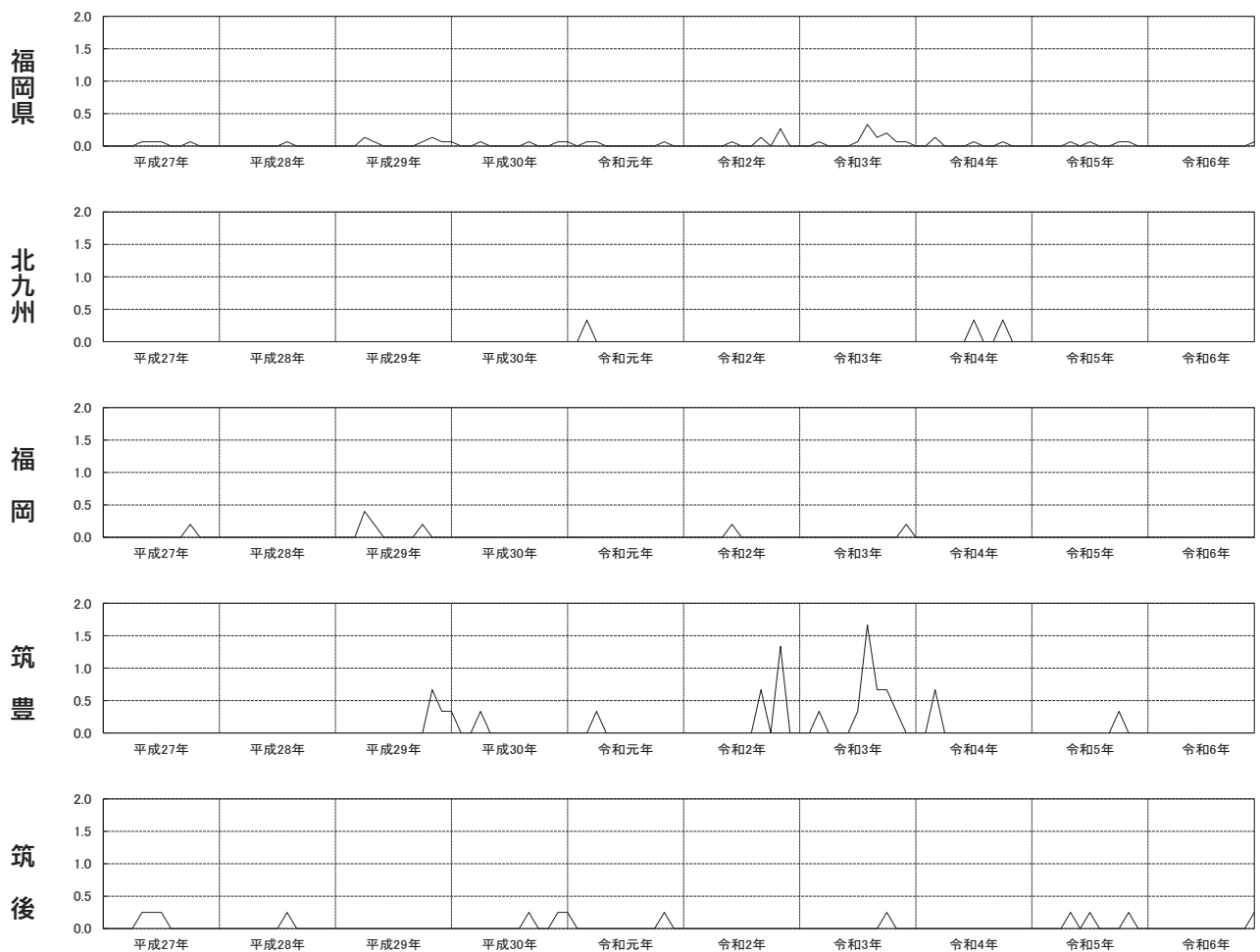


薬剤耐性緑膿菌感染症のブロック別1定点当たりの年別報告数推移

※折れ線グラフは、令和6年事業資料集から月別に変更。

薬剤耐性緑膿菌感染症

年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移（上）と年齢区分別患者発生割合の推移（下）



4) 性 感 染 症 (sexually transmitted diseases : S T D) の解説と図表

性感染症の発生動向調査は、昭和62年1月より開始され36年を経過した。対象疾病は、淋病様疾病、陰部クラミジア感染症、陰部ヘルペス、尖形コンジローム、トリコモナス症の5疾病であったが、平成元年1月より梅毒様疾病（以下梅毒）が加わり6疾病となった。平成10年より性器クラミジア感染症（以下クラミジア）、性器ヘルペスへ、平成12年より淋菌感染症（以下淋菌）、性器ヘルペスウイルス感染症（以下ヘルペス）へ、平成16年より尖圭コンジローム（以下コンジローム）へそれぞれ名称の変更があった。平成22年よりトリコモナス症の報告は中止された。令和6年からは梅毒の定点報告が中止され、梅毒は全数調査のみの報告となった。また、性感染症の報告は、令和6年に週単位の報告から月単位の報告へ変更となった。定点数は、昭和62年に14定点で開始され、平成6年は16定点、平成12年は25定点、平成13年は32定点であり、平成14年より37定点（皮膚・泌尿器科17、婦人科20）となった。ブロック別の内訳は、北九州9（皮膚・泌尿器科4、婦人科5）、福岡15（皮膚・泌尿器科7、婦人科8）、筑豊5（皮膚・泌尿器科2、婦人科3）、筑後8（皮膚・泌尿器科4、婦人科4）である（5、6ページ参照）。

性感染症の全県の報告患者総数は、昭和62、63年は2,382人、2,391人、平成元年からは梅毒を含み2,613人、2,420人、2,574人、2,259人、1,783人、2,328人、2,173人、2,053人、2,559人、2,656人、3,524人、4,194人、5,416人、6,202人、5,593人、4,866人、4,564人、4,258人、3,094人、2,672人、2,980人と推移した。平成22年以降はトリコモナス症を含めず2,851人、2,874人、2,597人、2,813人、2,522人、2,115人、2,035人、2,272人、2,078人、2,078人と推移した。令和2年は2,321人、令和3年は2,456人、令和4年は2,448人、令和5年は2,883人、令和6年は梅毒を除き2,852人であった。定点当たり患者数は、昭和62年以降168.7、163.6、189.9、172.9、183.9、161.4、127.4、145.5、144.9、136.9、159.9、166.0、220.2、167.8、169.3、167.2、151.2、131.5、123.3、115.1、83.6、72.2、80.5、77.1、77.7、70.2、76.3、68.2、57.2、55.0、61.4、56.2、56.2、62.7、66.4、66.2、77.9と推移し、令和6年は77.1であった。総患者数は平成11年頃より増加し、

平成14年をピークにして以降減少した。しかし、平成21年頃より減少は止まり、以降小さな増減を繰り返し、令和2年より増加傾向にある。令和6年は、梅毒の報告が中止されたが、令和5年と比較し30人の減少であった。ブロック別・疾病別患者数は115ページの表1を参照頂きたい。

性別・年次別・月別・定点当たり患者数の10年間の推移を図1に示した。各疾病の男女合計の推移を見ると、クラミジアは平成26年以降減少傾向にあったが、令和3年より男女とも増加傾向にある。ヘルペスは平成29～30年に一時増加し、以降は減少傾向であったが、令和5年、6年と増加し、特に女性の増加が目立った。コンジロームは平成26年より減少傾向にあったが、令和2年より徐々に増加し、令和5年、6年は男女とも増加した。淋菌は平成25年より男性で増減を繰り返しているが、令和2年に増加し、以降横ばいである。梅毒（顕性、潜伏）は、平成23年から27年までは年30人前後の報告数であったが、28年以降に徐々に増加し、平成30年には85人となった。令和元年には62人と減少したが、令和2年以降75人、87人、155人と増加し、令和5年には232人と急増した。なお、令和6年からのデータはない。

年次別・性別・疾病別百分比（梅毒除く）を図2に示した。男性では、平成16年は淋菌とクラミジアが44%と43%で1位であったが、平成17年にクラミジアが45%で1位となり、以降、クラミジアが第1位である。令和6年の男性は、クラミジア（52.4%）、淋菌（24.5%）、ヘルペス（13.4%）、コンジローム（9.7%）の順であった。女は、平成16年以降クラミジアが半数以上を占める。令和6年はクラミジア（55.3%）、ヘルペス（26.8%）、淋菌（9.6%）、コンジローム（8.4%）の順であった。

令和5年における性別、月別の報告数をみると、クラミジアは女性がやや多く、男性では7月に、女性では2月、5月、7月、9-10月に報告数が多かった。ヘルペスは女性に多く、男性では6月、9月、12月に、女性で3月、6月、9月、11月に報告数が多かった。コンジロームは男女ほぼ同数で、男性では3月に、女性では4-5月に報告数が多かった。淋菌は男性に多く、5月に報告数が多かった。

その他の性感染症の報告は、令和6年より中止した。

図1 性感染症の性別 年次別 月別 1 定点当たりの患者数の推移



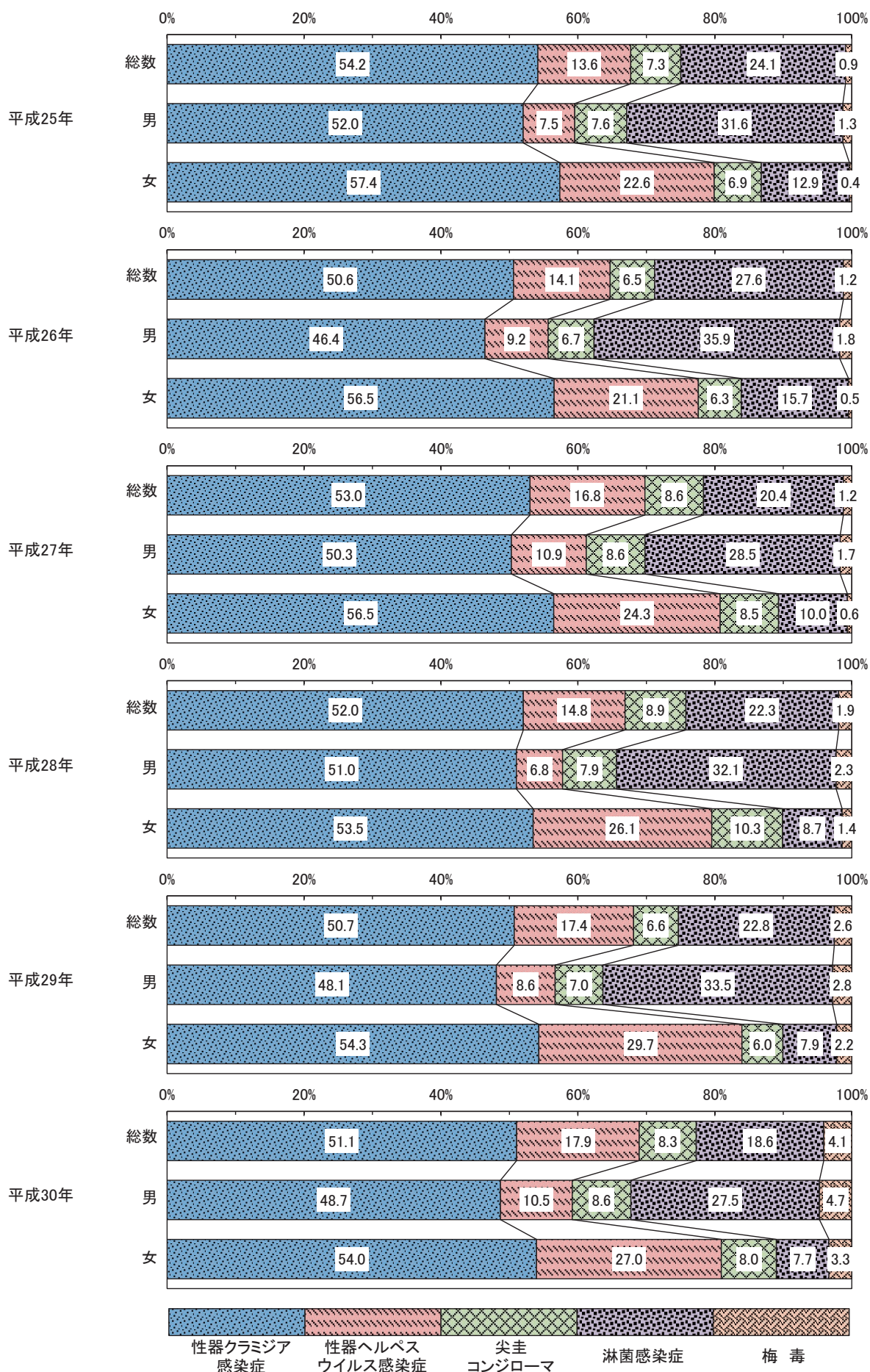
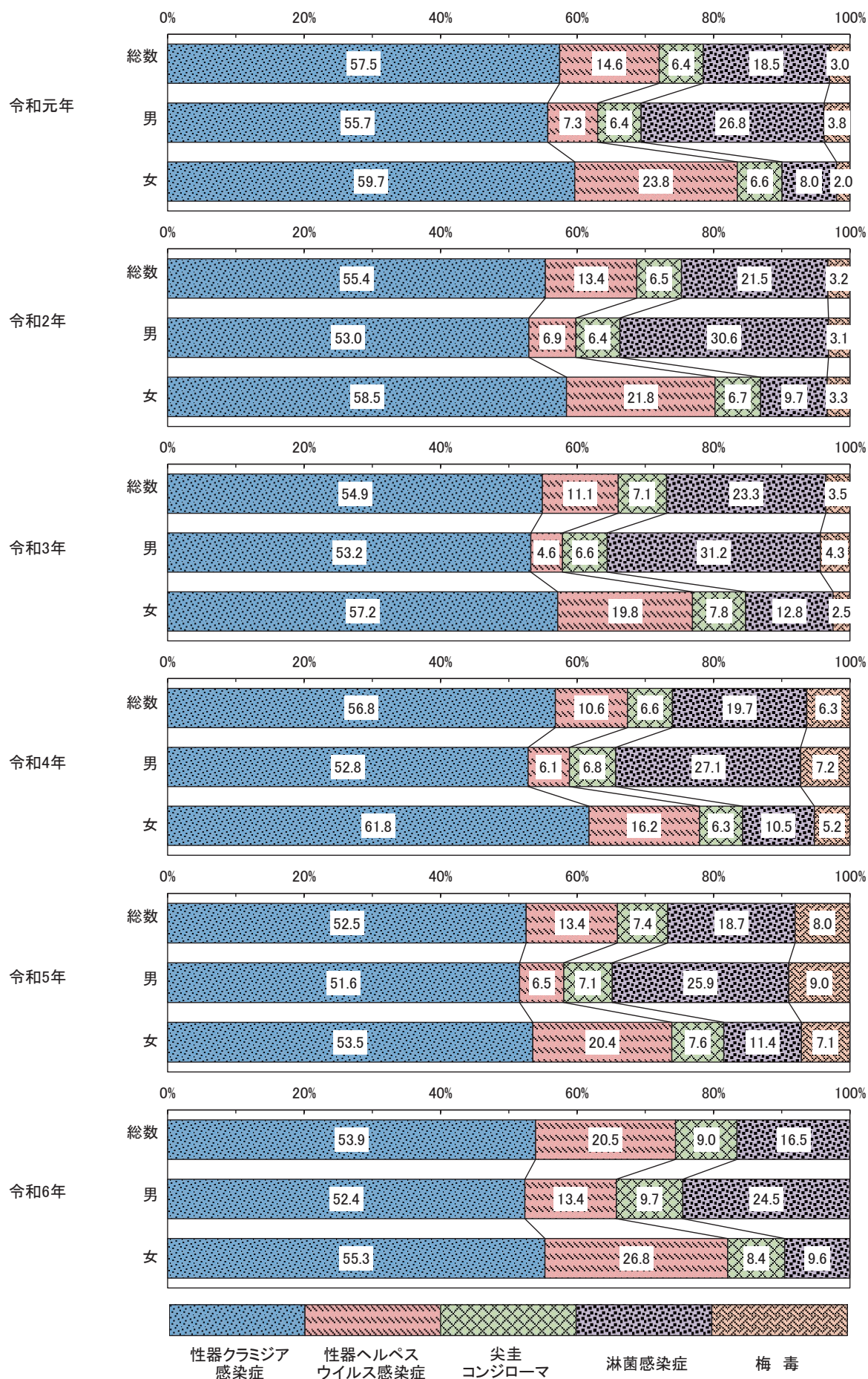


図 2 - 1 STDの年次別・性別・疾病別百分比



※令和6年以降は梅毒を除く疾患で百分比を作成

図2-2 STDの年次別・性別・疾病別百分比

1. 性器クラミジア感染症 [STD定点]

全県の年次別患者数を表1に示した。令和6年は前年と比較し、男は93%と減少、女は109%と増加し、合計は102%と増加した。男/女比は0.83と女の割合が昨年より増加した。

令和2年から令和6年のブロック別・定点当たり年別患者数（男女計）を図3に示した。令和6年の定点当たりの患者数は、北九州42.6（男13.7、女28.9）、福岡54.8（男25.3、女29.5）、筑豊31.6（男14.6、女17.0）、筑後21.8（男15.4、女6.5）で、北九州、福岡で増加、筑豊、筑後で減少した。男は

いずれの地区で減少、女は北九州、福岡、筑後で増加、筑豊で減少した。

令和6年の年齢区分別百分比は、男では20～24歳が27.3%、25～29歳が25.0%、30～34歳が14.0%の順に多く、前年と比較し25～29歳、35～39歳が増加、20～24歳、30～34歳がやや減少した。女では20～24歳が42.2%、25～29歳が22.1%、15～19歳が14.5%の順に多く、前年と比較し15～24歳が増加し、25～34歳が減少した。特に20～24歳の増加が大きかった（図4）。

表1 性器クラミジア感染症年次別患者数

	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)	令和元年 (2019)	令和2年 (2020)	令和3年 (2021)	令和4年 (2022)	令和5年 (2023)	令和6年 (2024)
男	840	859	833	763	878	688	598	604	634	557	648	691	747	716	748	699
女	662	649	736	683	651	588	523	455	518	504	546	594	602	675	767	839
男/女比	1.27	1.32	1.13	1.12	1.35	1.17	1.13	1.15	1.22	1.11	1.19	1.16	1.24	1.06	0.98	0.83
合計	1502	1508	1569	1446	1529	1276	1121	1069	1152	1061	1194	1285	1349	1391	1515	1538
定点当たり	40.6	40.8	42.4	39.1	41.3	34.5	30.3	28.9	31.1	28.7	32.3	34.7	36.5	37.6	40.9	41.6

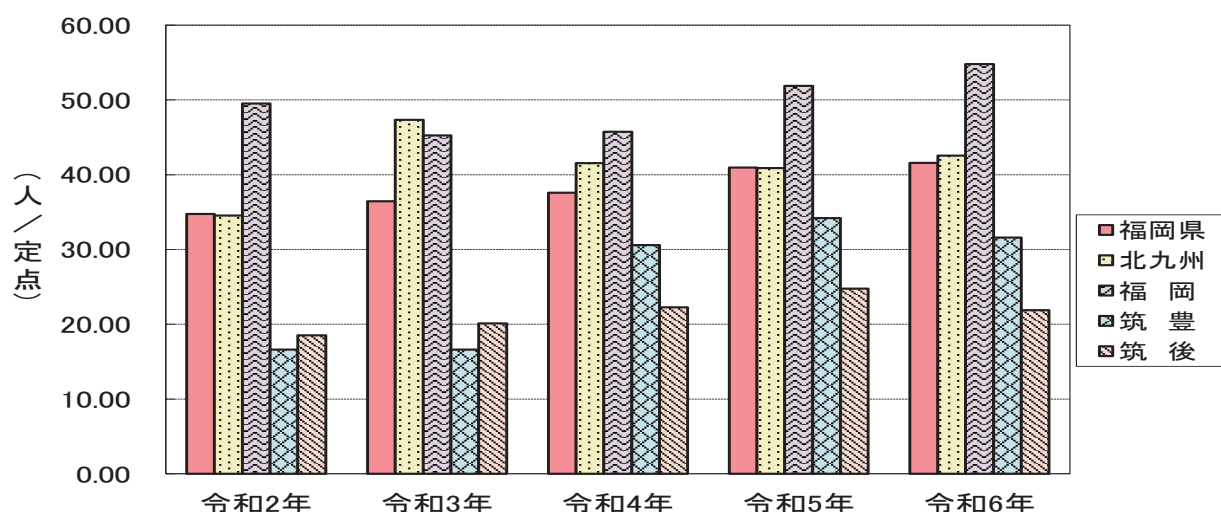


図3 性器クラミジア感染症のブロック別一定点当たりの年別報告数

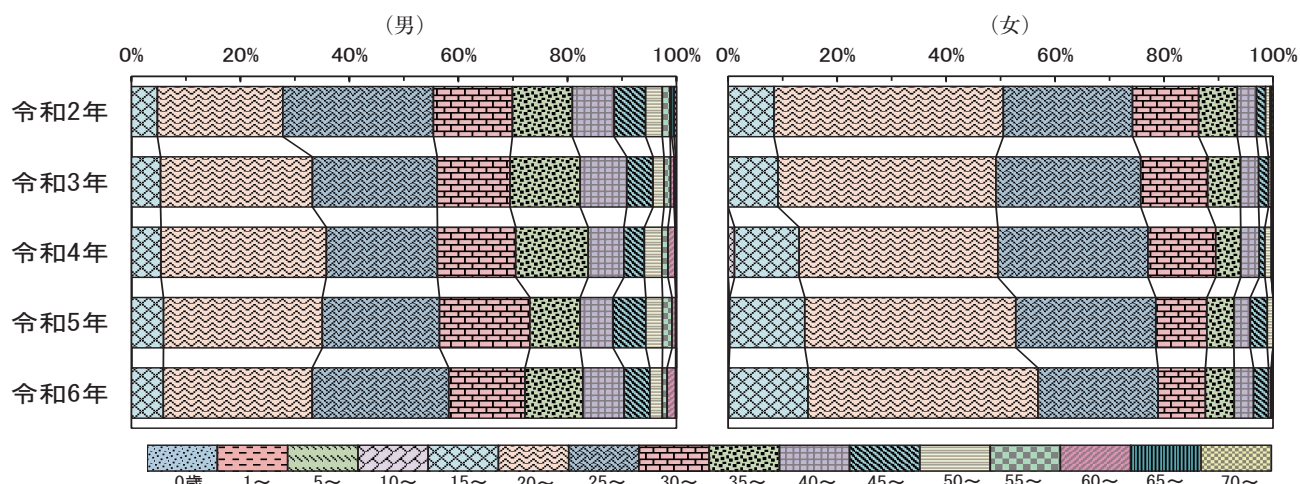


図4 性器クラミジア感染症の年齢区分別患者発生状況の推移

2. 性器ヘルペスウイルス感染症〔STD定点〕

全県の年次別患者数を表2に示した。令和6年は前年と比較し、男は190%、女は139%と男女とも増加し、合計は152%と増加した。男/女比は0.44で女が多かった。

令和2年から令和6年のブロック別・定点当たり年別患者数（男女計）を図5に示した。令和6年の定点当たりの患者数は、北九州11.1（男1.6、女9.6）、福岡22.2（男7.6、女14.6）、筑豊10.0（男2.0、女8.0）、筑後12.8（男5.1、女7.6）であり、前年と比較し

て北九州、福岡、筑後で増加し、男はすべての地区で、女は北九州、福岡、筑後で増加した。

令和6年の年齢区分別百分比は、男では25～29歳が17.9%、35～39歳が16.2%、20～24歳が11.7%、30～34歳が11.7%の順に多く、前年と比較し25～39歳が増加し、20～24歳が減少した。女では20～24歳が18.5%、25～29歳が16.7%、30～34歳が12.1%の順に多く、前年と比較し20～24歳、30～34歳の割合が増加した（図6）。

表2 性器ヘルペスウイルス感染症年次別患者数

	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)	令和元年 (2019)	令和2年 (2020)	令和3年 (2021)	令和4年 (2022)	令和5年 (2023)	令和6年 (2024)
男	122	161	144	128	127	137	130	80	113	120	85	90	65	82	94	179
女	250	298	265	242	256	219	225	222	283	252	218	221	208	177	292	406
男/女比	0.49	0.54	0.54	0.53	0.5	0.63	0.58	0.36	0.4	0.48	0.39	0.41	0.31	0.46	0.32	0.44
合計	372	459	409	370	383	356	355	302	396	372	303	311	273	259	386	585
定点当たり	10.1	12.7	11.1	10	10.4	9.6	9.6	8.2	10.7	10.1	8.2	8.4	7.4	7.0	10.4	15.8

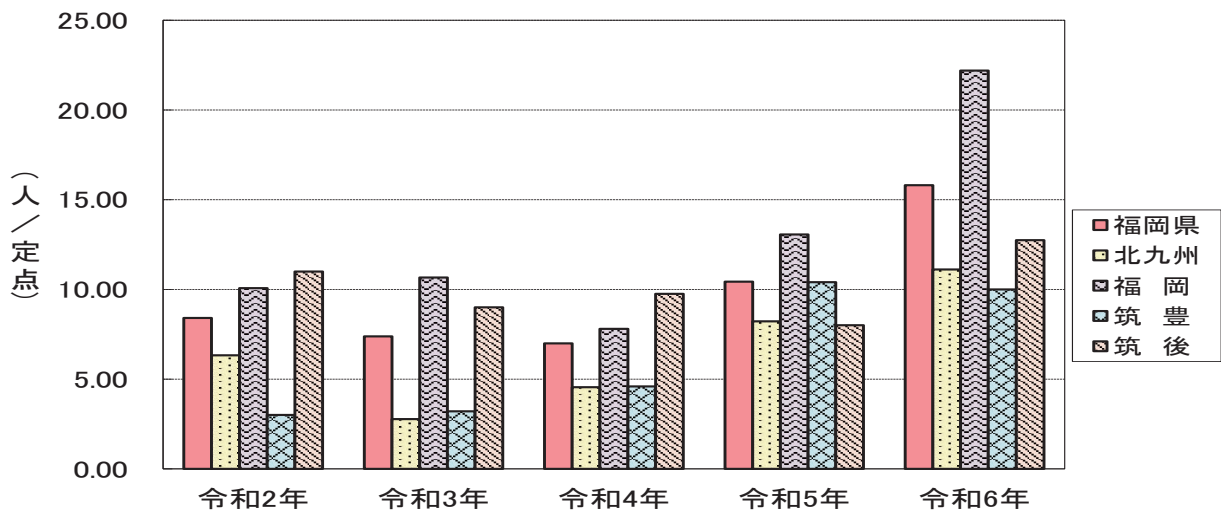


図5 性器ヘルペスウイルス感染症のブロック別一定点当たりの年別報告数

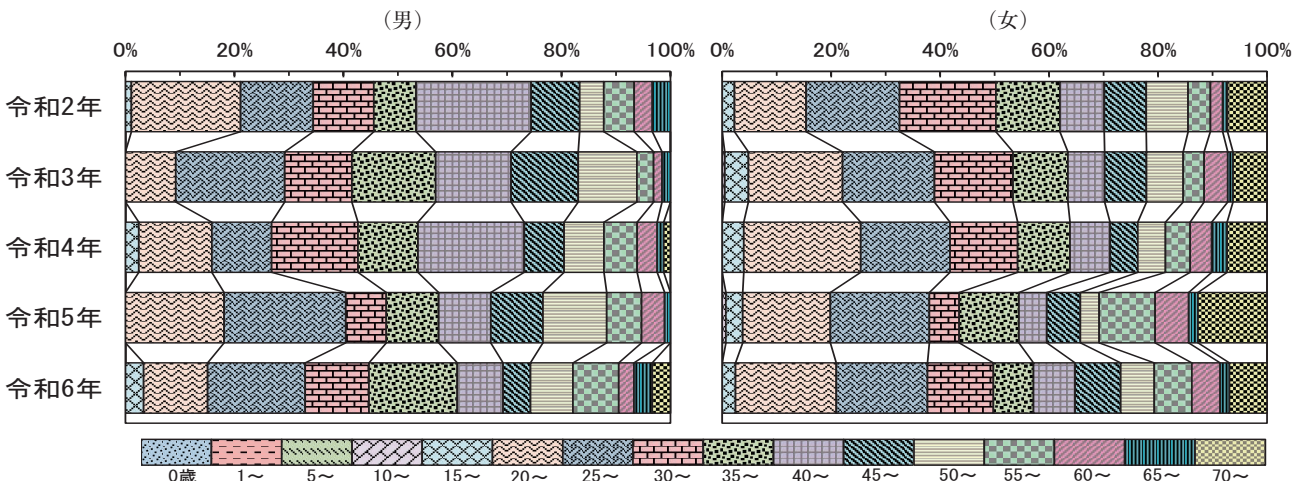


図6 性器ヘルペスウイルス感染症の年齢区分別患者発生状況の推移

3. 尖圭コンジローマ [STD定点]

全県の年次別患者数を表3に示した。令和6年は前年と比較し、男は126%、女は117%と男女とも増加し、合計は121%で増加した。男/女比は1.02で男が多かった。

令和2年から令和6年のブロック別・定点当たり年別患者数（男女計）を図7に示した。令和6年の定点当たりの患者数は、北九州4.8（男1.2、女3.6）、福岡11.1（男6.0、女5.1）、筑豊3.0（男1.4、女1.6）、筑後4.0（男2.8、女1.3）であり、前年と比較し北

九州、福岡と筑後で増加し、男はすべての地区で、女は北九州と福岡で増加した。

令和6年の年齢区分別百分比は、男では25～29歳が17.7%、20～24歳が16.2%、30～34歳と35～39歳が11.5%の順に多く、前年と比較し20～24歳で増加、25～29歳で減少した。女では20～24歳が40.9%、25～29歳が24.4%、30～34歳が11.0%の順に多く、前年と比較し20～29歳で著増、30～34歳が減少した（図8）。

表3 尖圭コンジローマ感染症年次別患者数

	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)	令和元年 (2019)	令和2年 (2020)	令和3年 (2021)	令和4年 (2022)	令和5年 (2023)	令和6年 (2024)
男	120	121	118	125	128	99	102	93	92	98	74	84	92	92	103	130
女	92	84	86	89	78	65	79	88	57	75	60	68	82	69	109	127
男/女比	1.3	1.44	1.37	1.4	1.64	1.52	1.29	1.06	1.61	1.31	1.23	1.24	1.12	1.33	0.94	1.02
合計	212	205	204	214	206	164	181	181	149	173	134	152	174	161	212	257
定点当たり	5.7	5.5	5.5	5.8	5.6	4.4	4.9	4.9	4	4.7	3.6	4.1	4.7	4.7	5.7	56.9

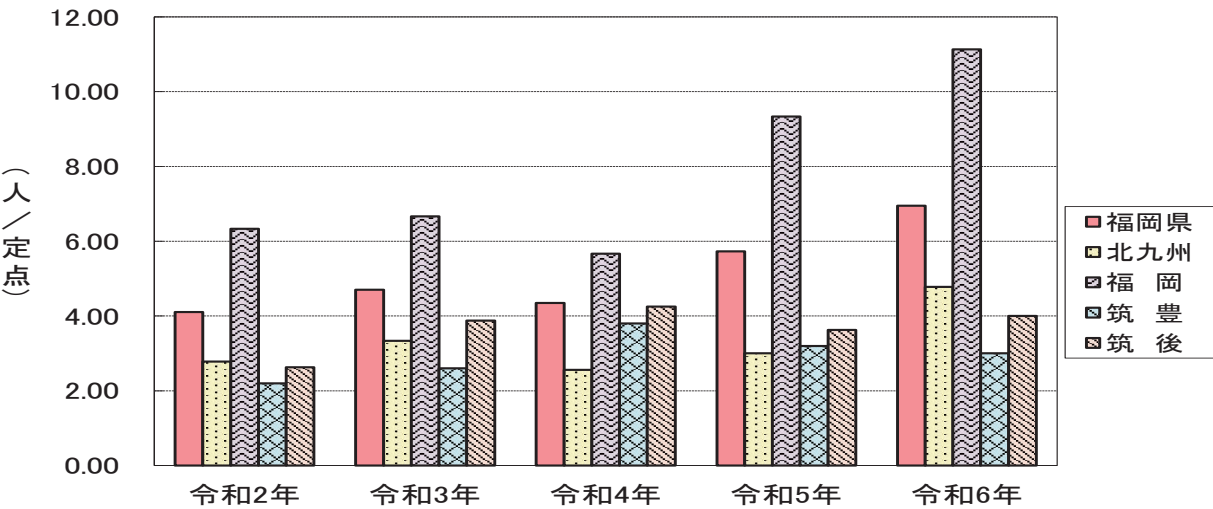


図7 尖圭コンジローマのブロック別一定点当たりの年別報告数

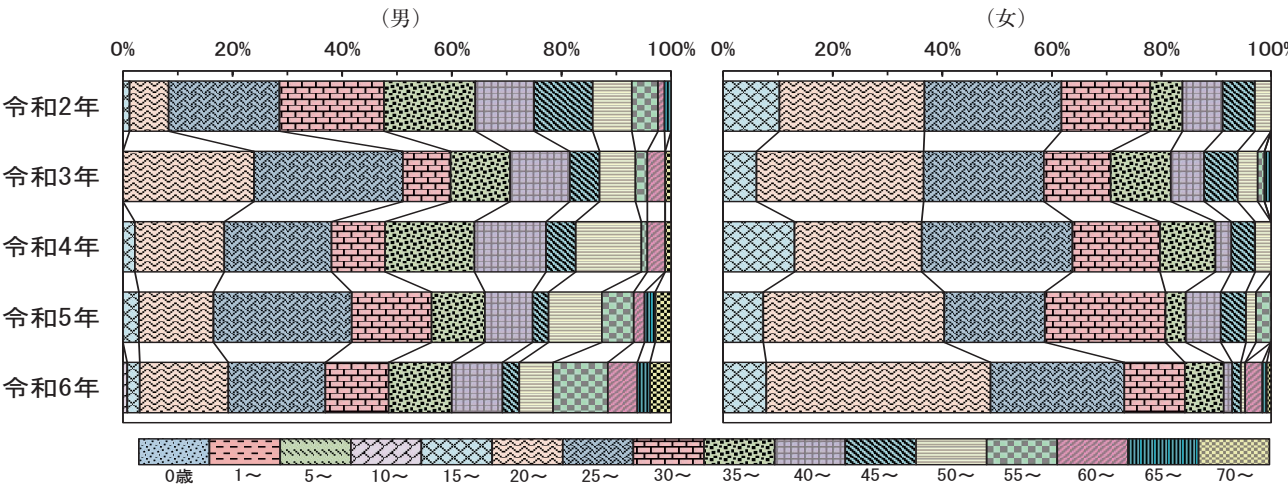


図8 尖圭コンジローマの年齢区分別患者発生状況の推移

4. 淋菌感染症〔STD定点〕

全県の年次別患者数を表4に示した。令和6年は前年と比較し、男は87%、女は89%、合計は88%と減少した。男/女比は2.26で男が多かった。

令和2年から令和6年のブロック別・定点当たり年別患者数（男女計）を図9に示した。令和6年の定点当たりの患者数は、北九州9.8（男6.1、女3.7）、福岡18.8（男12.6、女6.2）、筑豊5.0（男3.2、女1.8）、筑後9.6（男8.4、女1.3）であり、前年と比較して筑後で軽度増加、北九州、福岡、筑豊で減少した。

男性は筑後で増加、北九州、福岡、筑豊で減少、女では北九州、筑豊で減少した。

令和6年の年齢区分別百分比は、男では20～24歳が29.9%、25～29歳が21.4%、30～34歳が15.6%の順に多く、前年と比較し25～34歳が増加し、20～24歳が減少した。女では20～24歳が40.7%、25～29歳が21.4%、15～19歳が13.1%、30～34歳が9.0%の順に多く、前年と比較し20～29歳が著増、15～19歳が減少した（図10）。

表4 淋菌感染症年次別患者数

	平成21年 (2009)	平成22年 (2010)	平成23年 (2011)	平成24年 (2012)	平成25年 (2013)	平成26年 (2014)	平成27年 (2015)	平成28年 (2016)	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)	令和元年 (2019)	令和2年 (2020)	令和3年 (2021)	令和4年 (2022)	令和5年 (2023)	令和6年 (2024)
男	545	511	488	413	533	532	339	380	442	315	312	399	438	367	375	327
女	130	129	172	136	146	163	93	74	75	72	73	99	135	115	163	145
男/女比	4.19	3.96	2.84	3.04	3.65	3.26	3.65	5.14	5.89	4.38	4.28	4.03	3.24	3.19	2.30	2.26
合計	674	640	660	549	679	695	432	454	517	387	385	498	573	482	538	472
定点当たり	18.2	17.3	17.8	14.9	18.4	18.8	11.7	12.3	14	10.5	10.4	13.5	15.5	13.0	14.5	12.8

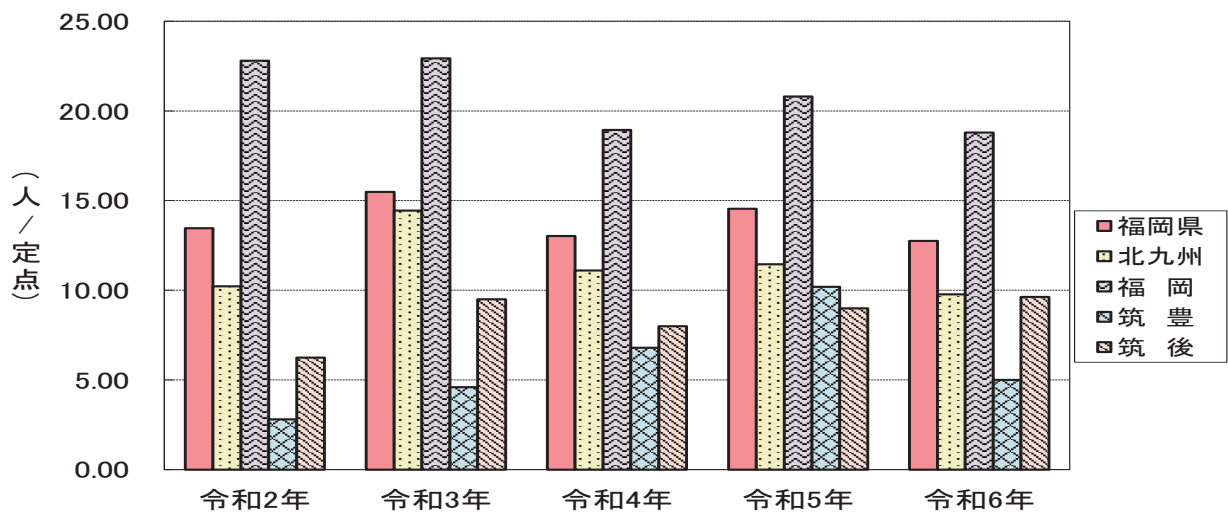


図9 淋菌感染症のブロック別一定点当たりの年別報告数

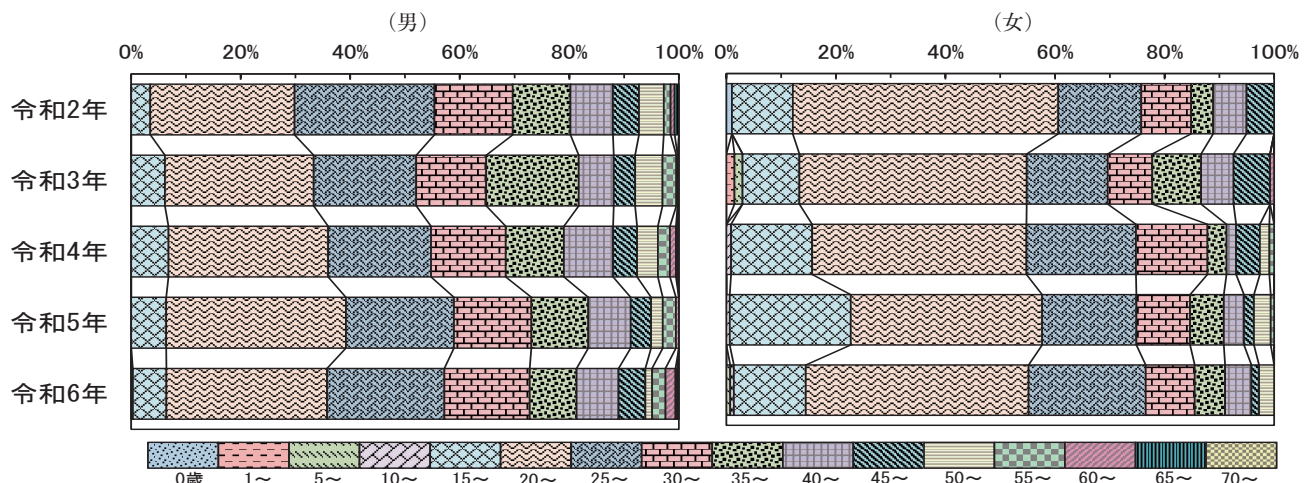


図10 淋菌感染症の年齢区分別患者発生状況の推移

5. 梅毒 [5類全数]

梅毒の定点調査による報告は、令和6年より中止した。梅毒は昭和23年には年間22万人弱の報告があったが、その後急速に減少し、平成14年には我が国全体で500人程度の報告数となっていた。しかし、平成24年ごろからその報告数が増加し、平成30年には報告数が6,000人を超した。その後、コロナ禍でわずかに減少したものの、令和4年には全国で10,000人を超す報告があり、令和5年に14,646名、令和6年に14,658名（令和7年1月7日報告）の報告があり、依然梅毒は流行期にある。このため、福岡県の全数報告調査の結果を示す。

福岡県の梅毒患者の報告数（全数調査）は、平成26年に51人であったが、平成28年より増加し、平成30年には321人、令和元年に277人、令和2年に315人、令和3年に348人、令和4年に566人、令

和5年に942人（男594人、女348人）となり、平成26年と比較すると1,847%となっていた。令和6年の報告数は880人（男538人、女342人）であり、令和5年と比較すると減少した（表）。ただし、男では減少したものの、女の報告数はほぼ同数である。地区別では、令和6年は令和5年と比較すると、北九州、福岡では減少がみられたが、筑豊、筑後では増加傾向にあった（図13）。

年齢別頻度でみると、男女比は1.57で男性が多いが、女性の割合が増加している。男性では20歳代が22.1%、30歳代が23.8%、40歳代が24.5%、50歳代が19.9%と、令和5年と比較して年齢分布に差はなかった（図14）、女性では20歳代が49.7%、30歳代が18.7%、40歳代が13.5%であり、20歳代が増加し、30-40歳代は減少した（図15）。

表 福岡県の梅毒患者の男女別推移

	年齢区分	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
男	0～19歳	3	3	11	14	12
	20～29歳	37	68	101	142	119
	30～39歳	45	63	85	138	128
	40～49歳	53	48	80	145	132
	50～59歳	31	23	43	105	107
	60歳以上	23	15	29	50	40
	計	192	220	349	594	538
女	0～19歳	11	8	19	15	36
	20～29歳	64	58	109	156	170
	30～39歳	30	32	50	69	64
	40～49歳	9	19	23	65	46
	50～59歳	7	8	12	29	16
	60歳以上	2	3	4	14	10
	計	123	128	217	348	342

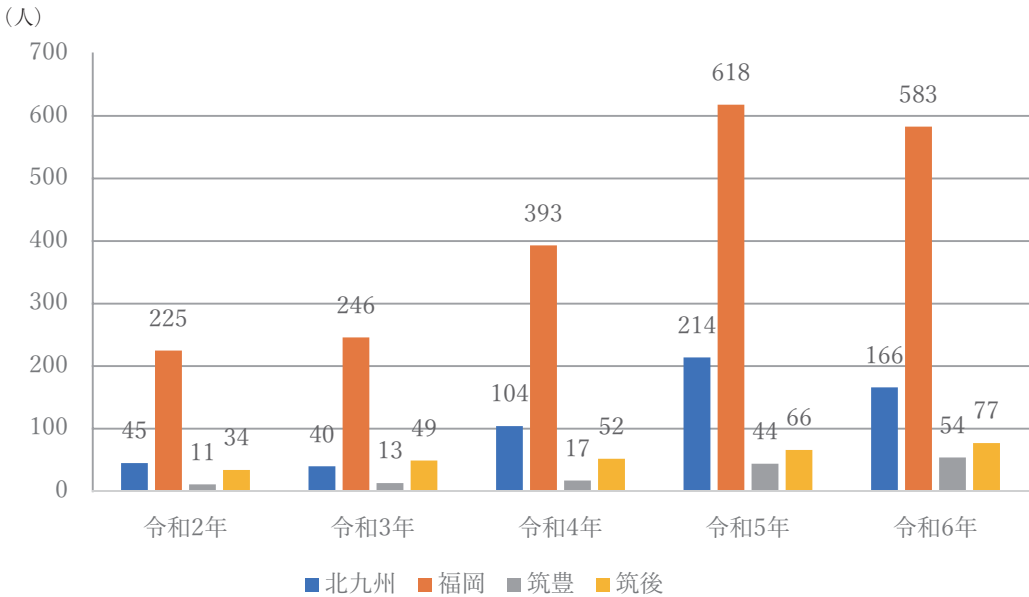


図13 梅毒 [全数] のブロック別の年別報告数推移 (5年分)

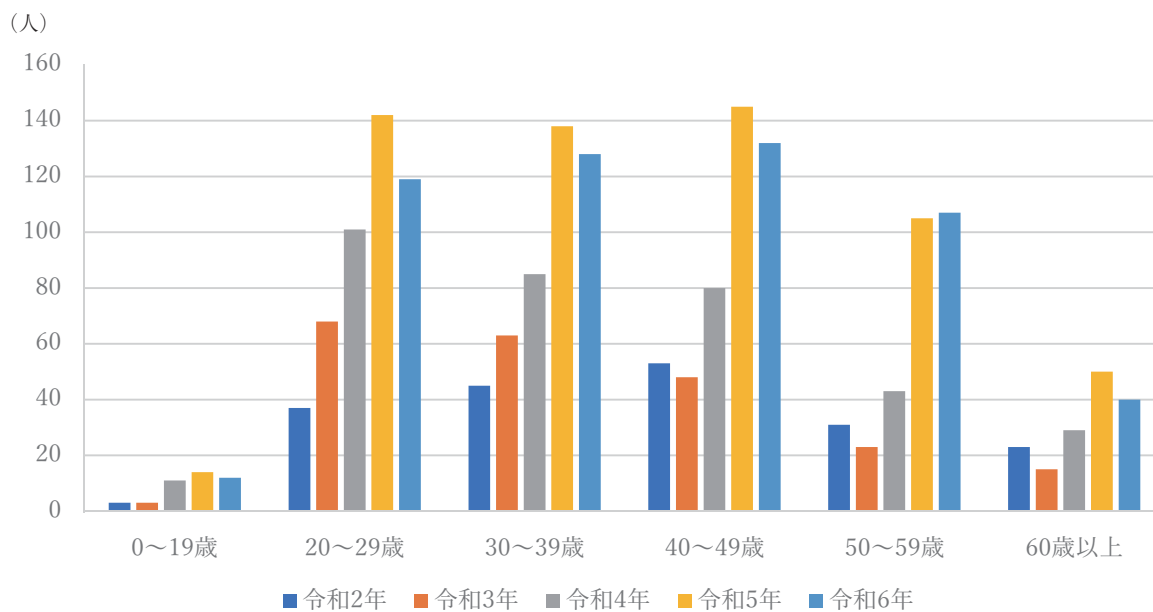


図14 梅毒〔全数〕の性別・年齢区分別患者発生数の推移（男性）

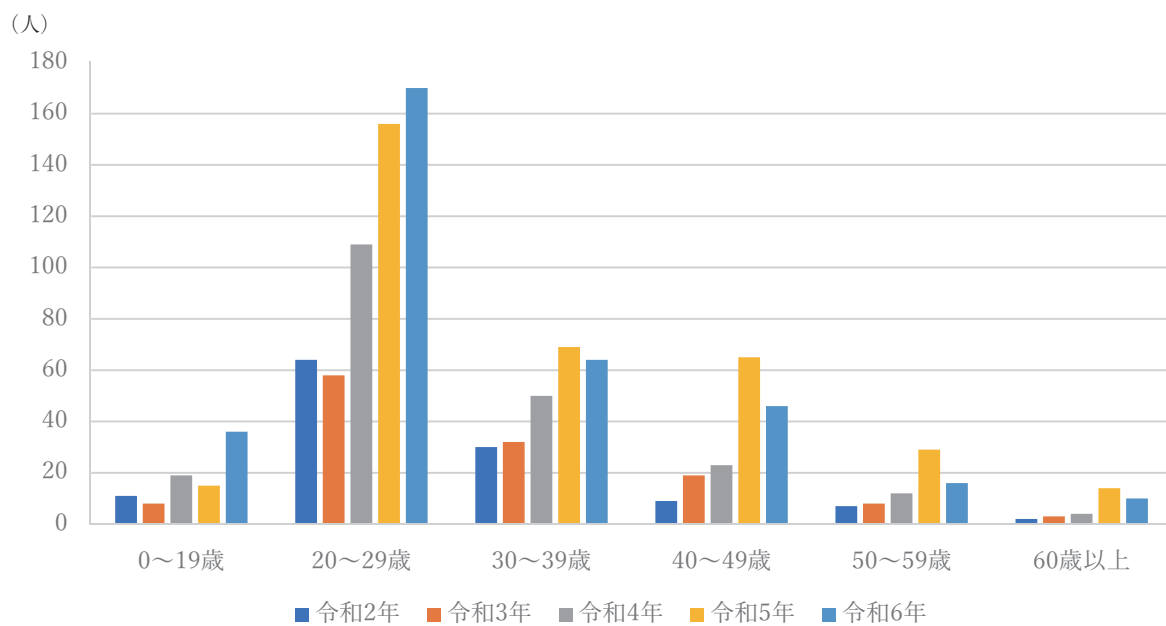


図15 梅毒〔全数〕の性別・年齢区分別患者発生数の推移（女性）

5) 結 核

令和6年の福岡県の結核発生動向について報告する。但し、令和6年のデータは月別速報値を合算したもので、後日報告される正式の統計値とは異なるものである。

過去3年間の全国、福岡県及び保健所別新登録患者数と罹患率（人口10万対）の推移を表1-1に示した。令和6年1年間に新たに保健所に登録された結核患者数（潜在性結核感染症は除く）は、全国9,942人、福岡県473人、罹患率は全国8.0、福岡県9.3であった。都道府県別の結核罹患率では、福岡県は7番目に高かった。

福岡県の新登録患者数及び喀痰塗抹陽性患者数の年次推移（図1）をみると、新登録患者数は年々減少傾向にあったが、令和6年の速報値は473人で、令和5年の429人より44人増加した。また感染源として重要な喀痰塗抹陽性患者数は152人で、前年より13人増加している。

罹患率の年次推移（図2-1）をみると、令和6年は9.3で、前年より0.9ポイント増加し、全国平均（8.0）を1.3ポイント上回った。喀痰塗抹陽性罹患率の年次推移（図2-2）は、令和6年は3.0で、前年より0.3ポイント増加し、全国平均より0.4ポイント上回った。

保健所別の動向（表1-1）では、福岡市、北九州市、県保健所管轄地域すべてで患者数が前年より増加した。次に、県保健所別の患者数と罹患率の動向（表1-2）をみると、患者数が前年より増加した地区は久留米市、宗像・遠賀、糸島、南筑後、京筑、嘉穂・鞍手の6地区であった。久留米市、

糸島、京筑、嘉穂・鞍手は前年に比し2ポイント以上の罹患率上昇となっている。また前述の6地区以外は全て減少しており、特に田川は一昨年から一貫して減少している。

地域別の罹患率では、全国平均（8.0）を上回ったのは、県内12地区の内の福岡市、北九州市、久留米市、田川、南筑後、京筑、嘉穂・鞍手地区の7地区であり、大都市や高齢化率が高い地域で特に高い傾向が見られた。その他5地区では罹患率は全国平均を下回った。地域間の格差は10.7と大きいまま推移している。

最近5年間の年齢別新登録患者数の推移（図3-1）をみると、大半の年齢層では減少傾向であったが、令和6年では50歳代、70歳代、90歳代以外の多くの年代でやや増加した。20歳代においては新型コロナウイルス感染症流行等で一時流入が減少していた外国人の入国が再増加してきた影響が考えられる。年齢別新登録患者比率の推移（図3-2）をみると、高齢者が多く占める傾向は変わらないが、令和6年は60歳以上の割合が66.6%であり、前年（67.8%）よりやや減少した。また80歳以上は43.9%（前年比0.5%増）、90歳以上は13.7%（前年比1.5%減）であった。若年層で注目すべき20歳代の患者の推移（図3-3）では、平成25年より増加傾向が続いていたものの、令和2年は45人と前年より52人減って、全患者数の8.8%に減少した。令和6年は81人と4人増加し、全体に占める割合も17.1%と大きくなっている。

外国出生者の結核患者については、新型コロナ

表1-1 新登録患者数及び罹患率（人口10万対）（令和6年は速報値）

年別 区分	令和4年		令和5年		令和6年	
	新登録患者数	罹患率	新登録患者数	罹患率	新登録患者数	罹患率
全 国	10,235	8.2	10,096	8.1	9,942	8.0
福 岡 県 総 数	437	8.5	429	8.4	473	9.3
福 岡 市 保 健 所	143	8.8	140	8.5	166	10.0
北九州市保健所	103	11.1	95	10.4	107	11.8
県 保 健 所	191	7.5	194	7.6	200	7.9

表1-2 県保健所別新登録患者数及び罹患率（人口10万対）（令和6年は速報値）

年別 区分	令和4年		令和5年		令和6年	
	新登録患者数	罹患率	新登録患者数	罹患率	新登録患者数	罹患率
久 留 米 市	22	7.3	23	7.7	31	10.4
宗 像 ・ 遠 賀	21	7.1	12	4.1	17	5.8
粕 屋	18	6.1	20	6.8	15	5.1
筑 紫	30	6.8	31	7.0	15	3.4
糸 島	3	3.0	5	5.0	7	7.0
田 川	16	14.0	15	13.4	12	10.9
北 筑 後	12	6.5	24	13.2	14	7.7
南 筑 後	34	9.0	27	7.2	30	8.1
京 筑	22	11.9	9	5.0	25	14.1
嘉穂・鞍手	13	4.5	28	10.3	34	12.7

感染症による入国制限等の影響にて一時的に減少が見られた令和2年以降増加傾向が続いている。全国の新登録患者に占める割合（図4）は令和5年は16.0%であったが、令和6年は19.7%と上昇した。福岡県は令和5年は21.0%で、令和6年は20.5%とほぼ同様であったが全国の割合よりやや高かった。近年増加していた若年層の結核患者の今後の動向については、高まん延国出身者の入国状況も鑑み、引き続き注意と対策が必要と思われる。

喀痰の菌検査結果（図5-1）では、感染源として重要な「喀痰塗抹陽性」の割合は44.7%であり、令和5年の44.8%とほぼ同様であった。

患者発見方法別（図5-2）では、今までと同様医療機関受診例が主体であった。新型コロナウイルス感染症流行下では医療機関、健診ともに受診抑制がかかっていたと思われるが、令和6年は健診発見例が20.1%と令和5年の17.0%と比べ上昇していた。

次に化学療法の内容の推移（図5-3）についてみると、RFP、INH、PZAを含む3剤以上を用いた標準治療の割合は、令和6年は60.9%と令和5年の62.0%と比べ減少した。超高齢者や合併症などの要因で標準治療が困難となることもあるが、治療成績向上のためには可能な限り標準治療の適正な実施への努力が必要である。

潜在性結核感染症患者数（予防内服対象者）の年次推移を図6に示した。治療対象者の拡大に伴い一時増加していたが、平成22年はピーク時（平成13年、695人）の6分の1程度に減少していた。平成23年から再増加し、その後は年間300人程度を推移していた。新型コロナ感染症の影響で令和2年には減少が見られたが令和3年以降は流行前の

状況に戻っており、令和6年は357人と増加傾向であった。

以上、令和6年の福岡県の結核発生動向について報告した。

<まとめ>

福岡県の結核新登録患者数は令和3年に4年ぶりに増加し令和4年以降は減少に転じていたが令和6年は再び増加した。令和6年の速報値は473人で、前年より44人の増加であり、罹患率は9.3で0.9ポイント増加した。罹患率は全国平均を上回り、感染源として重要な塗抹陽性罹患率も全国平均を上回った。地域別の患者数では、福岡市、北九州市、久留米市、宗像・遠賀、糸島、南筑後、京筑、嘉穂・鞍手の8地区で増加し、他の4地区では減少した。年齢別では、60歳以上が66.6%、80歳以上が43.9%、90歳以上が13.7%を占めている。またほとんどの世代で新登録患者数の増加を認めた。外国出生者の全患者に占める割合は20.5%と全国の19.7%よりやや高かった。治療面では、PZA含む標準治療の割合は60.9%であった。また潜在性結核感染症患者数は、平成25年からは年間300人程度であり、新型コロナ感染流行下一時減少が見られていたが令和3年以降はほぼ流行前の状況に戻っており、令和6年は357人と増加した。

全国の患者数は減少しているが、当県の罹患率は全国平均より高く都道府県別で高い方から7位となっている。県内での罹患率や感染者の特徴については地域間での差が大きく、外国人などの流入が多い地域や高齢化率の高い地域などそれぞれの地域ごとの特色に応じた対策が必要だと思われる。

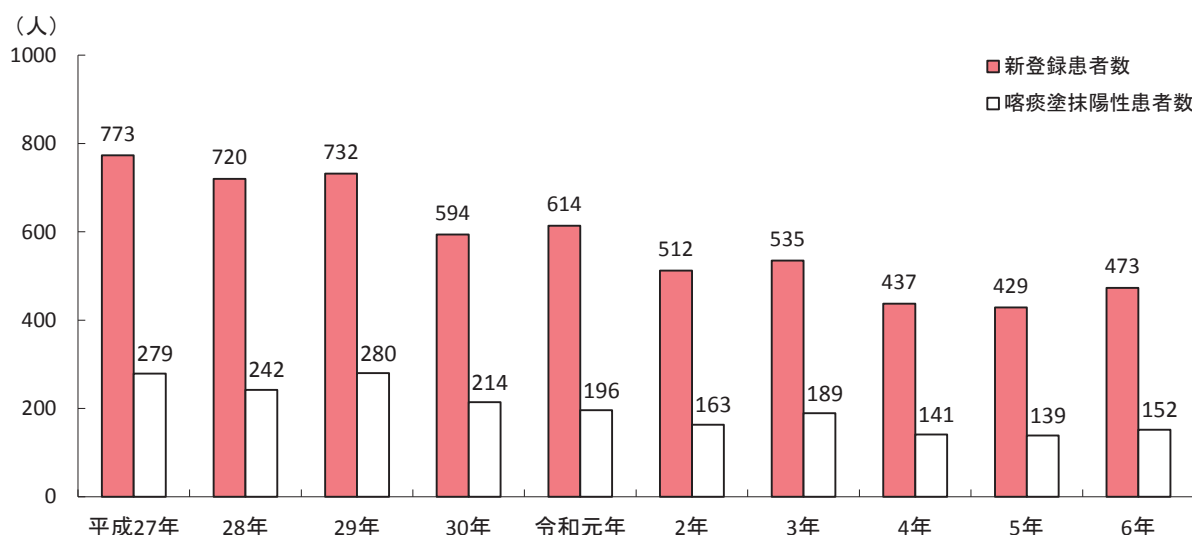


図1 福岡県新登録患者数年次推移（令和6年は速報値）

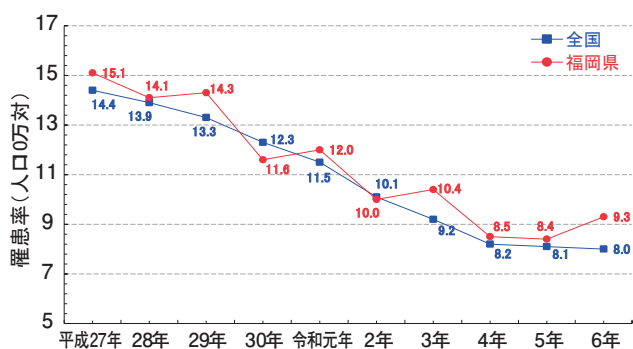


図2-1 全結核罹患率年次推移 (人口10万対)
(令和6年は速報値)

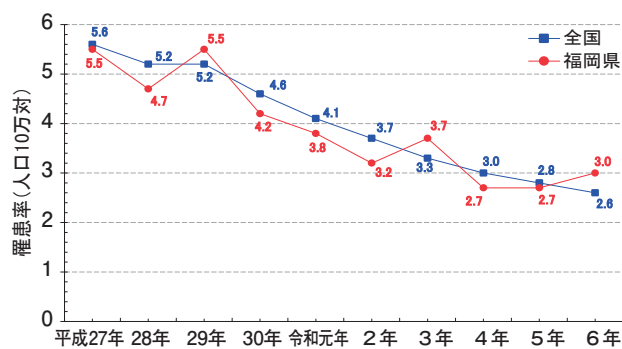


図2-2 喀痰塗抹陽性罹患率年次推移 (人口10万対)
(令和6年は速報値)

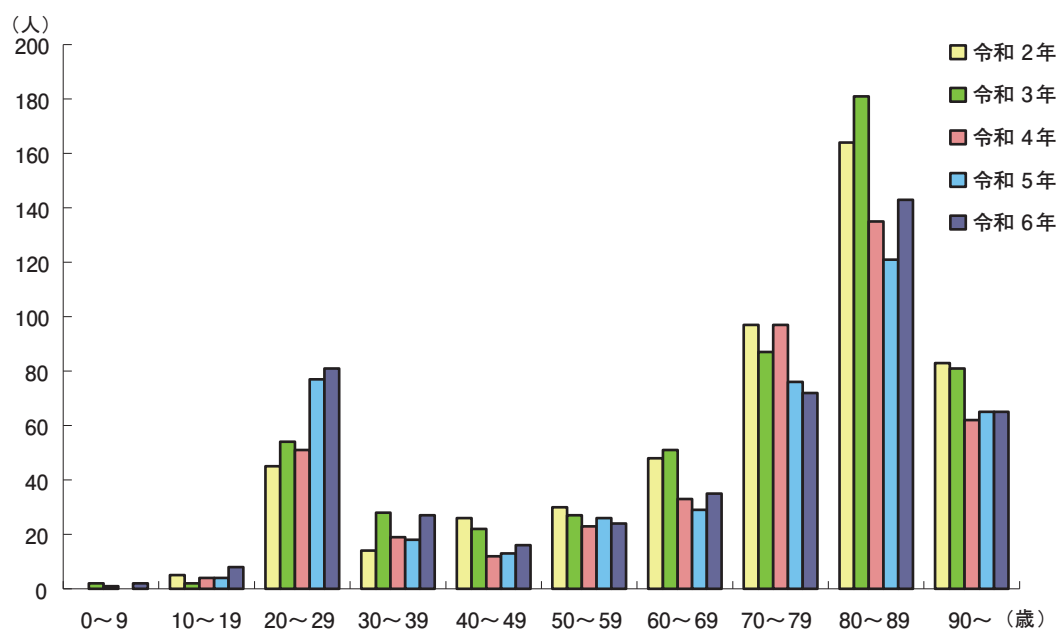


図3-1 福岡県年齢階級別新登録患者数
(令和6年は速報値)

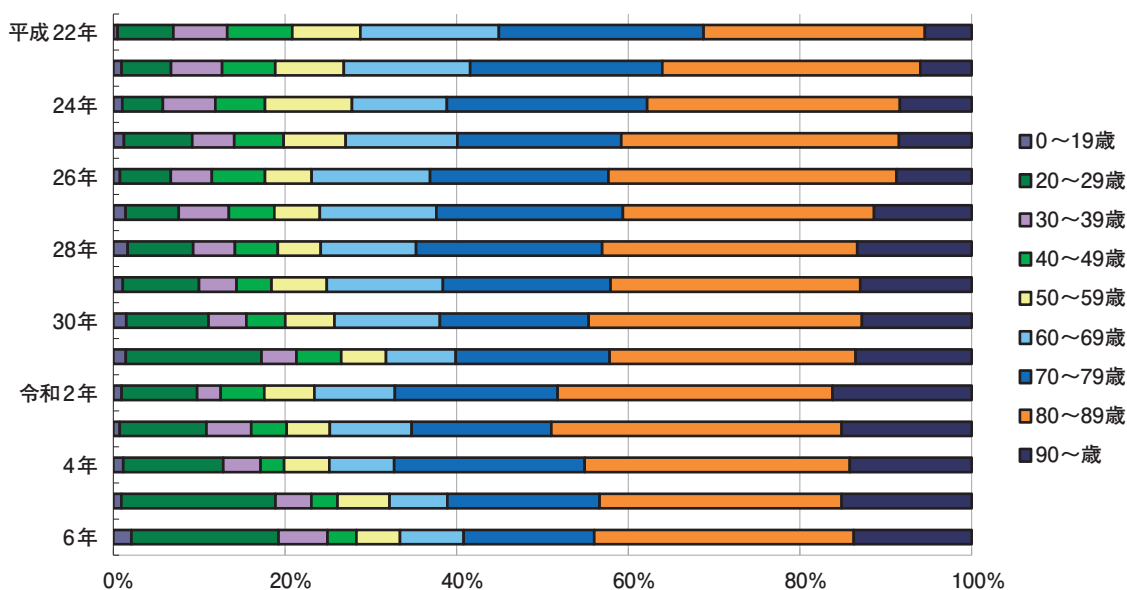


図3-2 福岡県新登録患者年齢階級別比率
(令和6年は速報値)

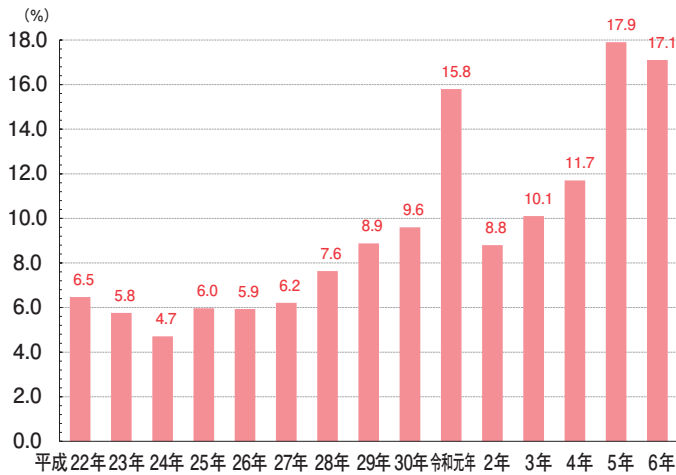


図3-3 福岡県新登録患者のうち20～29歳の占める割合
(令和6年は速報値)

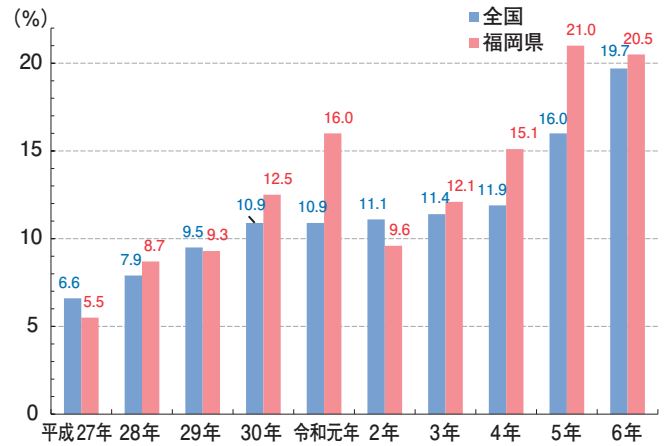


図4 新登録患者のうち外国出生者割合の年次推移
(令和6年は速報値)

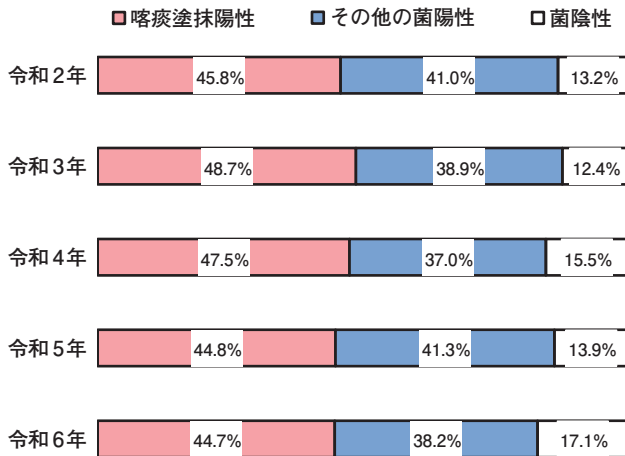


図5-1 福岡県活動性肺結核喀痰検査結果
(令和6年は速報値)

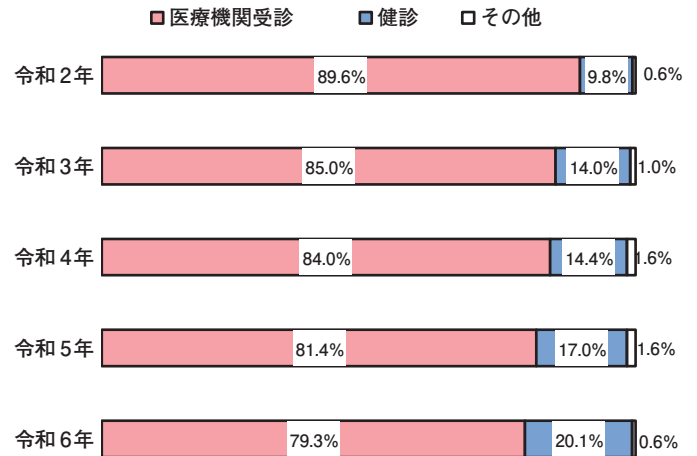


図5-2 福岡県患者発見方法別
(令和6年は速報値)

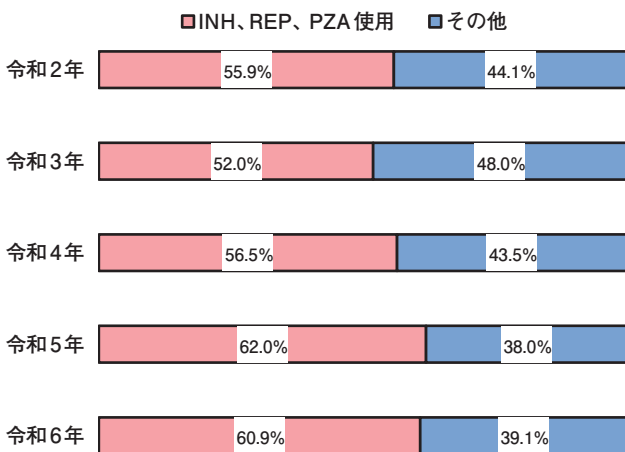


図5-3 福岡県INH、REP、PZAを含む3剤以上使用
(令和6年は速報値)

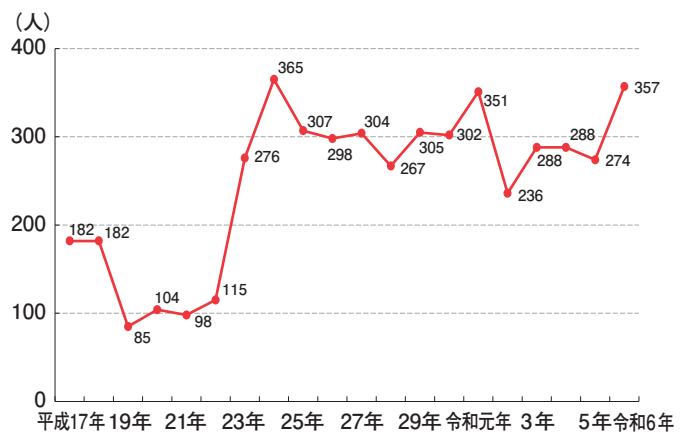


図6 福岡県潜在性結核感染症患者数(年次推移)
(令和6年は速報値)

6) 福岡県における全数把握対象疾病について

一類感染症の届出はなかった。二類感染症は総計882件、三類感染症は総計177件、四類感染症は総計125件、全数把握対象五類感染症は総計1624件の届出があった。

二類感染症について

- ・結核は882件届出があった。
- ・ポリオ、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群、中東呼吸器症候群、鳥インフルエンザ（H5N1、H7N9）の届出はなかった。

三類感染症について

- ・細菌性赤痢は2件届出があった。
- ・腸管出血性大腸菌感染症は172件届出があった。血清群別では、O157が89件、O26が19件、O111が3件、その他・不明が61件であった。毒素型別では、VT1産生株49件、VT2産生株61件、VT1及びVT2産生株57件、毒素型不明3件、その他2件であった。診断類型別では、患者115人、無症状病原体保有者57人であった。
- ・腸チフスは3件届出があった。
- ・コレラ、パラチフスの届出はなかった。

四類感染症について

- ・E型肝炎は8件届出があった。推定感染地域は国内が6件、その他・不明が2件であった。
- ・A型肝炎は11件届出があった。推定感染地域は国内が9件、国外が1件、その他・不明が1件であった。
- ・エムポックスは1件届出があった。推定感染地域は国内であった。
- ・重症熱性血小板減少症候群は4件届出があった。性別では、男性2人、女性2人であった。年代別では、60歳代1人、70歳代1人、80歳代2人であった。推定感染地域は全て国内であった。
- ・チクングニア熱は1件届出があった。推定感染地域は国外であった。
- ・つつが虫病は1件届出があった。推定感染地域は国内であった。
- ・デング熱は10件届出があった。推定感染地域は全て国外であった。
- ・日本紅斑熱は8件届出があった。推定感染地域は全て国内であった。
- ・マラリアは1件届出があった。推定感染地域は国外であった。
- ・レジオネラ症は77件届出があった。性別では、男性60人、女性17人であった。年代別では、20歳代1人、30歳代2人、40歳代1人、50歳代11人、60歳代12人、70歳代21人、80歳代以上29人であった。
- ・レプトスピラ症は3件届出があった。推定感染地域はすべて国内であった。

- ・他の四類感染症の届出はなかった。

全数把握対象五類感染症について

- ・アメーバ赤痢は25件届出があった。性別では、男性22人、女性3人であった。
- ・ウイルス性肝炎は6件届出があった。内訳は、B型肝炎4件、その他2件であった。
- ・カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症は146件届出があった。
- ・急性弛緩性麻痺は1件届出があった。
- ・急性脳炎は29件届出があった。推定感染地域は全て国内であった。
- ・クリプトスポリジウム症は1件届出があった。推定感染地域は国内であった。
- ・クロイツフェルト・ヤコブ病は8件届出があった。病型別では、孤発性プリオン病7件、遺伝性プリオン病1件であった。
- ・劇症型溶血性レンサ球菌感染症は68件届出があった。
- ・後天性免疫不全症候群は56件届出があった。性別では、男性53人、女性3人であった。病型別では、AIDS 20人、無症候性キャリア34人、その他2人であった。感染経路別では、異性間性的接触4件、同性間性的接触42件、その他・不明10件であった。
- ・ジアルジア症は3件届出があった。推定感染地域は国内が1件、その他・不明が2件であった。
- ・侵襲性インフルエンザ菌感染症は28件届出があった。
- ・侵襲性髄膜炎菌感染症は3件届出があった。
- ・侵襲性肺炎球菌感染症は117件届出があった。
- ・水痘（入院例に限る）は27件届出があった。
- ・梅毒は880件届出があった。性別では、男性538人、女性342人であった。年代別では、10歳未満4人、10歳代44人、20歳代289人、30歳代192人、40歳代178人、50歳代123人、60歳代36人、70歳代9人、80歳代以上5人であった。病型別では、早期顕症梅毒684件、晩期顕症梅毒11件、先天梅毒4件、無症候181件であった。
- ・播種性クリプトコックス症は7件届出があった。
- ・破傷風は1件届出があった。
- ・百日咳は217件届出があった。性別では、男性123人、女性94人であった。年代別では、10歳未満43人、10歳代124人、20歳代10人、30歳代11人、40歳代15人、50歳代6人、60歳代2人、70歳代3人、80歳代以上3人であった。
- ・麻しんは1件届出があった。性別は、男性であった。年代別は、10歳未満であった。推定感染地域は国外であった。
- ・他の全数把握対象五類感染症の届出はなかった。

新型インフルエンザ等感染症について

- ・ 新型インフルエンザ等感染症の届出はなかった。

表 福岡県における全数把握対象疾患の患者報告数

	令和4年 (R4.1～R4.12)					令和5年 (R5.1～R5.12)					令和6年 (R6.1～R6.12)					全国 (速報値)
	県域	北九州市	福岡市	久留米市	計	県域	北九州市	福岡市	久留米市	計	県域	北九州市	福岡市	久留米市	計	
1 類感染症																
1 エボラ出血熱					0					0					0	0
2 クリミア・コンゴ出血熱					0					0					0	0
3 痘そう					0					0					0	0
4 南米出血熱					0					0					0	0
5 ベスト					0					0					0	0
6 マールブルグ病					0					0					0	0
7 ラッサ熱					0					0					0	0
2 類感染症																
1 急性灰白髄炎					0					0					0	0
2 結核	284	164	234	51	733	277	164	237	40	718	302	215	296	69	882	15,843
3 ジフテリア					0					0					0	0
4 重症急性呼吸器症候群					0					0					0	0
5 中東呼吸器症候群					0					0					0	0
6 鳥インフルエンザ (H5N1)					0					0					0	0
7 鳥インフルエンザ (H7N9)					0					0					0	0
3 類感染症																
1 コレラ					0					0					0	2
2 細菌性赤痢					0		1			1	1		1		2	74
3 腸管出血性大腸菌感染症	56	29	129	40	254	90	25	86	14	215	61	31	70	10	172	3,742
4 腸チフス					0			2		2	3				3	42
5 パラチフス					0					0					0	7
4 類感染症																
1 E型肝炎		1			1	1	4	3	1	9		2	6		8	526
2 ウエストナイル熱					0					0					0	0
3 A型肝炎	2	2		1	5	1		2		3	4	1	6		11	137
4 エキノコックス症					0					0					0	17
5 エムボックス					0			1		1			1		1	19
6 黄熱					0					0					0	0
7 オウム病					0					0					0	4
8 オムスク出血熱					0					0					0	0
9 回帰熱					0					0					0	11
10 キャサナル森林病					0					0					0	0
11 Q熱					0					0					0	6
12 狂犬病					0					0					0	0
13 コクシジオイデス症					0					0					0	4
14 ジカウイルス感染症					0			1		1					0	4
15 重症熱性血小板減少症候群	3		1	1	5	1			1	2	1	3			4	120
16 腎症候性出血熱					0					0					0	0
17 西部ウマ脳炎					0					0					0	0
18 ダニ媒介脳炎					0					0					0	2
19 炭疽					0					0					0	0
20 チクングニア熱			1		1			1		1			1		1	10
21 つつが虫病	3	1	3		7	5		1		6	1				1	349
22 デング熱		1	9		10			13	1	14	1		8	1	10	232
23 東部ウマ脳炎					0					0					0	0
24 鳥インフルエンザ (H5N1,H7N9を除く)					0					0					0	0
25 ニバウイルス感染症					0					0					0	0
26 日本紅斑熱	2		4		6	4		6	1	11	2	1	4	1	8	505
27 日本脳炎					0					0					0	9
28 ハンタウイルス肺症候群					0					0					0	0
29 Bウイルス病					0					0					0	0
30 鼻疽					0					0					0	0
31 ブルセラ症					0					0					0	5
32 ペネズエラウマ脳炎					0					0					0	0
33 ヘンドラウイルス感染症					0					0					0	0
34 発しんチフス					0					0					0	0
35 ボツリヌス症					0					0					0	7
36 マラリア			1		1		1	1		2			1		1	45
37 野兎病					0					0					0	0
38 ライム病			1		1			1		1					0	25
39 リッサウイルス感染症					0					0					0	0
40 リフトバレー熱					0					0					0	0
41 類鼻疽					0					0					0	2
42 レジオネラ症	32	12	21	6	71	43	17	23	6	89	28	18	24	7	77	2,419
43 レプトスピラ症	3				3					0	2		1		3	53
44 ロッキー山紅斑熱					0					0					0	0
5 類感染症																
1 アメーバ赤痢	6	3	15	2	26	3	4	14	1	22	8	3	12	2	25	514
2 ウイルス性肝炎	2	1	3		6	1	2	3	3	9	2		4		6	226
(B型)	1		1		2	1	2	1	1	5	1		3		4	—
(C型)					0					0					0	—
(その他/不明)	1	1	2		4			2	2	4	1		1		2	—
3 カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症	47	19	32	16	114	41	12	34	25	112	58	35	40	13	146	2,277
4 急性弛緩性麻痺			3		3	3	2			5				1	1	47
5 急性脳炎		4	18		22	4	7	23	1	35	2	5	22		29	609
6 クリプトスポリジウム症					0			2		2			1		1	27
7 クロイツフェルト・ヤコブ病	1	5	2	1	9			1	5	6	2		5	1	8	169
8 劇症型溶血性レンサ球菌感染症	6	7	12	5	30	15	11	14	7	47	19	22	17	10	68	1,888
9 後天性免疫不全症候群	6	5	48	4	63	2	13	41	3	59	6	6	42	2	56	991
10 ジアルジア症			2		2		1			1	2		1		3	42
11 侵襲性インフルエンザ球菌感染症	3	7	3		13	6	3	9	1	19	9	10	8	1	28	644
12 侵襲性髄膜炎球菌感染症		1			1					0	1	2			3	66
13 侵襲性肺炎球菌感染症	19	16	27	2	64	27	22	34	6	89	39	22	47	9	117	2,530
14 水痘 (入院例に限る)	1	2	2		5	1	2	9		12	5	8	13	1	27	483
15 先天性風しん症候群					0					0					0	0
16 梅毒	94	92	338	42	566	195	202	505	40	942	178	158	490	54	880	14,663
17 播種性クリプトコックス症	1	1	1		3	3	3	4		10	4		1	2	7	189
18 破傷風			1	2	3		2		2	6	1				1	85
19 バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症					0					0					0	0
20 バンコマイシン耐性腸球菌感染症	1	1	3		5	1		3		4					0	121
21 百日咳	11	1	12	1	25	11	1	10	1	23	66	14	133	4	217	4,054
22 風しん			1		1	1				1					0	7
23 麻しん					0					0	1				1	45
24 薬剤耐性アシネトバクター感染症					0					0					0	6

Ⅲ) 検 査 情 報

検査情報の解説

1) ウイルス編

本年の検査体制を表1に示した。検査情報は、北九州市及び福岡市は北九州市保健環境研究所と福岡市保健環境研究所が当該市分を、県内のその他の市町村分（久留米市を含む）を福岡県保健環境研究所がそれぞれ分担し、まとめた。本編ではこれらを集計し検査情報として解説する。

検査材料及び検査方法

令和6年に本調査事業において採取された検体は、13疾病421件であった。過去5年間の疾病別検体採取状況を表2に、本年の北九州市、福岡市、久留米市、その他の市町村の疾病別検体採取状況を表3に示した。疾病別検体数では、インフルエンザが130件と最も多く、次いで、感染性胃腸炎と手足口病が共に67件と多かった。検体総数は、前年と比べると若干減少したもののほぼ同水準（458→421）であった。疾病別ではRSウイルス感染症が22件（20→42）、手足口病が14件（53→67）、流行性耳下腺炎が5件（4→9）、水痘が4件（0→4）、伝染性紅斑が3件（0→3）、流行性角結膜炎が2件（1→3）いずれも増加した。一方、インフルエンザが28件（158→130）、ヘルパンギーナが20件（38→18）、無菌性髄膜炎が18件（35→17）、感染性胃腸炎が9件（76→67）、突発性発疹が6件（12→6）、咽頭結膜熱が2件（46→44）減少した。疾病別の検査材料と検査方法を表4に示した。

検査結果と考察

疾病別、地域別の検査結果を表5～8に、過去5年間の疾病別・年次別ウイルス検出結果を表9～11、2に、検出されたウイルスの月別地域別検出状況を表10、11に示した。本年ウイルスが検出された検体は251件で、複数のウイルスが検出された検体は9件であった。検出されたウイルスは全て同定され、合計35種類、260件であった。検出数が最も多かったものは、インフルエンザウイルスA/H1pdm09亜型（A/H1pdm09亜型）の66件であった。

次に、疾病毎の検出状況について述べる。インフルエンザからは、A/H1pdm09亜型が63件と最も多く、インフルエンザウイルスB/Victoria系統（B/Victoria系統）が30件、インフルエンザウイルスA/H3亜型（A/H3亜型）が13件検出された。2023/24シーズンは、A/H3亜型、A/H1pdm09亜型、B/Victoria系統の混合流行であったが、2024/25シーズンにおいて、A/H1pdm09亜型及びA/H3亜型が9月以降に検出され、B/Victoria系統は検出されなかった。感染性胃腸炎からは、ノ

ロウイルスGⅡ（ノロウイルスGⅡ.7、ノロウイルスGⅡ.4が共に2件）、ロタウイルスが共に4件と最も多く、次いでエコーウイルス25型、コクサッキーウイルスA16型（CA16）、アデノウイルス2型（Ad2）、アデノウイルス3型（Ad3）、アデノウイルス41型（Ad41）及びアデノウイルス型別不明がいずれも3件、コクサッキーウイルスA6型（CA6）及びエコーウイルス11型がそれぞれ2件の順で検出された。手足口病からは、CA16が23件と最も多く検出され、CA6が16件、エンテロウイルス71型（EV71）が4件、コクサッキーウイルスA10型（CA10）及び単純ヘルペスウイルスがそれぞれ1件検出された。CA6は3月以降、CA16は4月以降に検出された。

ウイルス別の検出状況を見ると、アデノウイルスは26件、エンテロウイルスは80件、インフルエンザウイルスは112件、ノロウイルスは4件検出された。検出されたアデノウイルスのうちAd2が9件と最も多く、Ad3が4件、Ad41が3件の順であった。Ad2は、主に咽頭結膜熱から1月から10月にかけて検出された。検出されたエンテロウイルスのうちCA16が26件と最も多く検出され、次にCA6が25件、コクサッキーウイルスB3型（CB3）が9件、EV71が6件検出された。CA16は主に手足口病から検出され、CB3は主に無菌性髄膜炎から検出された。また、本年度は昨年から引き続きEV71が検出された。昨年は手足口病からのみの検出であったが、今年は無菌性髄膜炎からも検出されている。インフルエンザウイルス以外の呼吸器ウイルスとしては、ライノウイルスが6件、RSウイルスが22件検出された。

図1～4にインフルエンザ、手足口病、ヘルパンギーナ、無菌性髄膜炎の過去5年間の月別患者報告数の推移と主な検出ウイルスを示した。検出されたインフルエンザウイルスは、令和2年2月まではA/H1pdm09亜型が主に検出されていたが、新型コロナウイルス感染症の流行の影響で令和2年、令和3年は患者数の報告がほとんどなく、インフルエンザウイルスを検出することができなかった。しかし、令和4年末から患者報告数が増加し、主にA/H3亜型が検出された。令和5年7月から再び患者報告数が増加し始め、B/Victoria系統、A/H3亜型及びA/H1pdm09亜型の混合流行と考えられる。令和6年11月から患者が増加しA/H1pdm09亜型が主に検出された。手足口病では、令和2年には大きな流行は見られなかったが、令和3年はCA6が多く検出された。令和4年は流行の規模は小さいものの令和3年と同様にCA6が多く検出された。令和5年はCA6、EV71、CA10が多く検出され、令和6年は6月と9月をピークとする二峰性の流行がみられ、6月まではCA6、8月以降

はCA16を原因とする流行と考えられた。ヘルパンギーナでは、令和2年はコクサッキーウイルスA4型（CA4）、令和3年はCA6、令和4年はCA4とCA6、令和5年はCA10、CA6及びコクサッキーウイルスA2型、令和6年はCA6が検出されており令和3年以降CA6を主な原因ウイルスとする流行が続いている。無菌性髄膜炎では、令和2年は搬入された検体からはウイルスは検出されなかった。令和3年はエコーウイルス6型、令和4年は例年と異なりエンテロウイルスは検出されず、パレコウイルスが多く検出された。令和5年はCB5、令和6

年はCB3が多く検出された。

検査対象疾病以外の検体は、本来、この事業の対象ではないが、これまで多数のウイルスが検出されているので、参考までに「その他の疾患」として、表14に検査結果を示す。

本調査事業における本年のウイルスの検出率は59.6%（251/421）となり、昨年の64.0%より減少した。

最後に、本年の本県におけるウイルス検出状況は全国的な傾向とほぼ一致した。

1) 病原体定点一覧表

表 1 検査体制

	定点コード	医療機関名	区分	管理者			連絡責任者		
北九州市	5002	霧ヶ丘つだ病院	インフルエンザ	津田	徹		津田	徹	
	5007	北九州市立八幡病院北九州市立小児救急・小児総合医療センター	インフルエンザ	岡本	好司		今村	徳夫	
	6346	おかざきこどもクリニック	小児科	岡崎	覚巧		岡崎	宅巧	
	6019	(医) みやけクリニック	小児科	三宅	延年		三宅	延年	
	6219	大原小児科医院	小児科	大原	石昭		大原	石昭	
	7029	三村眼科	眼科	仙石	野仁		仙石	柴晃	
	9212	北九州市立医療センター	基幹	中野	徹		真柴	晃一	
	9213	北九州市立八幡病院	基幹	岡本	好司		岡本	好司	
福岡市	5335	中村内科医院	インフルエンザ	中村	晋		中村	晋	
	5086	(医) 博和会武元内科クリニック	インフルエンザ	武元	良祐		武元	良祐	
	6038	福岡市立こども病院	小児科	楠原	浩一		古野	憲司	
	6076	(医) もりやす小児科医院	小児科	森安	善生		森安	善生	
	6060	国立病院機構福岡病院	小児科	吉田	誠生		吉田	誠生	
	6084	高崎小児科医院	小児科	高崎	好生		高崎	好生	
	7052	(医) 松井医仁会大島眼科病院	眼科	松井	孝明		熊埜	御堂太	
	9200	国立病院機構九州医療センター	基幹	岩崎	浩己		長崎	洋司	
	9201	福岡市立こども病院	基幹	楠原	浩一		古野	憲司	
久留米市	5150	(医) いのくち医院	インフルエンザ	猪口	哲彰		猪口	哲彰	
	6154	聖マリア病院小児科	小児科	谷口	雅彦		秋田	幸大	
	9206	聖マリア病院	基幹	谷口	雅彦		本田	順一	
福岡県	5121	(医) 文杏堂杉病院	インフルエンザ	杉	雄介		宮内	美代子	
	5190	飯塚病院内科	インフルエンザ	増本	陽秀		的野	多加志	
	6320	あいだ医院	小児科	間	克		間	克	
	6223	(医) ゆげ子どもクリニック	小児科	弓削	建		弓削	建	
	6131	(医) 西尾小児科医院	小児科	西尾	健		西尾	健	
	6194	飯塚病院小児科	小児科	増本	陽秀		的野	多加志	
	6142	田川市立病院小児科	小児科	松隈	哲人		スビヤント	ケイジ	
	6157	とよた小児科	小児科	豊田	温		豊田	温	
	7132	(医) 鬼木眼科医院	眼科	鬼木	信乃夫		鬼木	信乃夫	
	9203	宗像医師会病院	基幹	伊東	裕幸		藤	健太郎	
	9301	新行橋病院	基幹	正久	康彦		中村	恵一	
	9317	国立病院機構福岡東医療センター	基幹	中根	博		宮	武	
	9204	福岡県済生会二日市病院	基幹	壁村	哲平		末安	禎子	
	9210	社会保険直方病院	基幹	田中	伸之介		平川	晴久	
	9209	飯塚病院	基幹	増本	陽秀		的野	多加志	
	9211	田川市立病院	基幹	松隈	哲人		スビヤント	ケイジ	
	9208	大牟田市立病院	基幹	鳥村	拓司		鳥村	拓司	
	9205	朝倉医師会病院	基幹	志波	直人		黒田	直宏	
	9207	公立八女総合病院	基幹	平城	守		大原	敦子	

2) 搬送機関一覧表

機 関 名	電話番号	対象病原体定点
筑紫保健福祉環境事務所	092-513-5584	文杏堂杉病院、西尾小児科医院、鬼木眼科医院、福岡県済生会二日市病院
粕屋保健福祉事務所	092-939-1534	国立病院機構福岡東医療センター
宗像・遠賀保健福祉環境事務所	0940-36-2366	宗像医師会病院、あいだ医院
北筑後保健福祉環境事務所	0946-22-3964	朝倉医師会病院、とよた小児科
嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所	0948-21-4972	飯塚病院、社会保険直方病院
田川保健福祉事務所	0947-42-9345	田川市立病院
南筑後保健福祉環境事務所	0943-22-6960	公立八女総合病院、大牟田市立病院
京築保健福祉環境事務所	0930-23-3935	新行橋病院、ゆげ子どもクリニック
久留米市保健所	0942-30-9730	いのくち医院、聖マリア病院
北九州中央臨床検査センター	093-551-3181	北九州市内の病原体定点
シー・アール・シー	092-623-2111	福岡市内の病原体定点

3) 検査機関一覧表

機 関 名	電話番号	対象検査定点
北九州市保健環境研究所	093-882-0333	北九州市内の病原体定点
福岡市保健環境研究所	092-831-0683	福岡市内の病原体定点
福岡県保健環境研究所	092-921-9940	その他の病原体定点

表 2 過去 5 年間の疾病別年次別検体採取状況

疾病名	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
インフルエンザ	74	7	7	158	130
咽頭結膜熱	30	26	16	46	44
感染性胃腸炎	52	35	75	76	67
手足口病	23	40	35	53	67
ヘルパンギーナ	37	12	11	38	18
流行性耳下腺炎	3	7	3	4	9
急性脳炎	0	0	0	0	0
無菌性髄膜炎	25	68	20	35	17
急性出血性結膜炎	0	0	1	0	0
流行性角結膜炎	0	0	0	1	3
RSウイルス感染症	9	24	18	20	42
突発性発疹	10	10	7	12	6
伝染性紅斑	1	3	3	0	3
水痘	8	5	2	0	4
その他の疾患	12	13	1	15	11
合 計	284	250	199	458	421

表3 地域別疾病別検体採取状況（令和6年）

疾 病 名	北九州市	福岡市	久留米市	その他の市町村	合計
インフルエンザ	54	14	15	47	130
咽頭結膜熱	0	22	0	22	44
感染性胃腸炎	3	12	0	52	67
手足口病	33	6	0	28	67
ヘルパンギーナ	3	2	0	13	18
流行性耳下腺炎	8	0	0	1	9
急性性脳炎	0	0	0	0	0
無菌性髄膜炎	1	16	0	0	17
急性出血性結膜炎	0	0	0	0	0
流行性角結膜炎	1	0	0	2	3
RSウイルス感染症	0	27	0	15	42
突発性発しん	1	3	0	2	6
伝染性紅斑	0	0	0	3	3
水痘	0	1	0	3	4
その他の疾患	10	1	0	0	11
合 計	114	104	15	188	421

表4 ウイルス感染症の疾病別検査材料及び検査方法

疾 病 名	検査材料	ウイルス検査方法
インフルエンザ	咽頭ぬぐい液・喀痰	培養細胞へ接種・PCR法
咽頭結膜熱	咽頭ぬぐい液・尿	〃
感染性胃腸炎	咽頭ぬぐい液・糞便・血液	イムノクロマト法・PCR法
手足口病	咽頭ぬぐい液・糞便・髄液・皮膚病巣	培養細胞へ接種・PCR法
ヘルパンギーナ	咽頭ぬぐい液	〃
流行性耳下腺炎	咽頭ぬぐい液	〃
無菌性髄膜炎	〃	〃
流行性角結膜炎	咽頭ぬぐい液・結膜ぬぐい液、その他	〃
RSウイルス感染症	咽頭ぬぐい液・糞便	〃
突発性発しん	咽頭ぬぐい液	〃
伝染性紅斑	咽頭ぬぐい液	〃
水痘	皮膚病巣・咽頭ぬぐい液	〃
その他の疾患	咽頭ぬぐい液・糞便・尿	〃

表5 感染症発生動向調査検査結果（令和6年、福岡県全体）

疾 病 名	採取月	件数	検査材料	検査結果	検査材料	検 出 ウ イ ル ス	検出数
インフルエンザ	1～4, 7, 9～12月	130	NP SP	129 1	陽性 106 (NP105、SP1)	インフルエンザウイルスA/H1pdm09型 インフルエンザウイルスB/Victoria系統 インフルエンザウイルスA/H3型 インフルエンザウイルスA/H3型+B/Victoria系統 インフルエンザウイルスA/H1pdm09型+A/H3型 インフルエンザウイルスA型（亜型不明） ライノウイルス	62 件 NP63 29 件 NP28, SP1 11 件 NP11 1 件 NP1 1 件 NP1 1 件 NP1 1 件 NP1
咽頭結膜熱	1～12月	44	NP UR	43 1	陽性 15 (NP15)	アデノウイルス2型 アデノウイルス1型 アデノウイルス11型 アデノウイルス3型 アデノウイルス5型 アデノウイルス6型 コクサッキーウイルスB2型 コクサッキーウイルスB3型 インフルエンザウイルスB/Victoria系統	5 件 NP5 2 件 NP2 2 件 NP2 1 件 NP1 1 件 NP1 1 件 NP1 1 件 NP1 1 件 NP1 1 件 NP1
感染性胃腸炎	1～12月	67	FC NP EX	59 7 1	陽性 30 (FC28, NP2)	エコーウイルス25型 アデノウイルス3型 アデノウイルス型別不明 コクサッキーウイルスA6型 ノロウイルスGII. 7 コクサッキーウイルスA16型 アデノウイルス41型 アデノウイルス2型 エンテロウイルス71型 コクサッキーウイルスA5型 コクサッキーウイルスB1型 コクサッキーウイルスB3型 エコーウイルス11型 ロタウイルス A群ロタウイルス ノロウイルスGII. 4+アデノウイルス2型 ノロウイルスGII. 4+サボウイルス アデノウイルス2型+A群ロタウイルス アデノウイルス41型+エコーウイルス11型 コクサッキーウイルスA16型+A群ロタウイルス	3 件 FC3 3 件 FC3 3 件 NP2, FC1 2 件 FC2 2 件 FC2 2 件 FC2 1 件 FC1 1 件 FC1 1 件 FC1 1 件 FC1 1 件 FC1 1 件 FC1 1 件 FC1 1 件 FC1 1 件 FC1 1 件 FC1 1 件 FC1 1 件 FC1 1 件 FC1
手足口病	3～12月	67	NP FC SL FC	62 3 1 1	陽性 45 (NP43, SL1, FC1)	コクサッキーウイルスA16型 コクサッキーウイルスA6型 エンテロウイルス71型 コクサッキーウイルスA10型 単純ヘルペスウイルス1型	23 件 NP21, FC1, SL1 16 件 NP16 4 件 NP4 1 件 NP1 1 件 NP1
ヘルパンギーナ	1, 6～10月	18	NP	18	陽性 11 (NP11)	コクサッキーウイルスA6型 コクサッキーウイルスA5型 アデノウイルス2型 ライノウイルス コクサッキーウイルスB3型	6 件 NP6 2 件 NP2 1 件 NP1 1 件 NP1 1 件 NP1
流行性耳下腺炎	1, 3, 4, 6, 7, 9, 10月	9	NP	9	陽性 0		
無菌性髄膜炎	7, 9～12月	17	SF NP FC	10 5 2	陽性 9 (SF5, NP3, FC1)	コクサッキーウイルスB3型 コクサッキーウイルスB2型 エンテロウイルス71型 アデノウイルス5型	6 件 SF3, NP2, FC1 1 件 SF1 1 件 NP1 1 件 SF1
流行性角結膜炎	3, 4, 6月	3	ES NP	2 1	陽性 1 (NP1)	ライノウイルスA54型	1 件 NP1
RSウイルス感染症	1～8, 9～12月	42	NP FC	40 2	陽性 27 (NP26, FC1)	RSウイルス コクサッキーウイルスB5型 コクサッキーウイルスA10型 ライノウイルス ライノウイルスB ボカウイルス RSウイルス+コクサッキーウイルスA6型 RSウイルス+ライノウイルス	20 件 NP20 1 件 NP1 1 件 FC1 1 件 NP1 1 件 NP1 1 件 NP1 1 件 NP1 1 件 NP1
突発性発しん	2, 6, 9, 10月	6	NP	6	陽性 1 (NP1)	ヒトヘルペスウイルス6型	1 件 NP1
伝染性紅斑	2, 4, 12月	3	NP	3	陽性 0		
水痘	2, 7, 11月	4	SL NP	3 1	陽性 1 (NP1)	水痘・帯状疱疹ウイルス	1 件 NP1
その他の疾患	4, 5, 7, 8, 10, 12月	11	NP FC UR	9 1 1	陽性 5 (NP4, FC1)	インフルエンザウイルスA/H1pdm09型 インフルエンザウイルスB/Victoria系統 新型コロナウイルス	3 件 NP2, FC1 1 件 NP1 1 件 NP1
検体数：		421 件					251 件

NP:咽頭ぬぐい液, FC:糞便, SF:髄液, ES:結膜ぬぐい液, UR:尿, SP:喀痰, SL:皮膚病巣, EX:その他

表6 感染症発生動向調査検査結果（令和6年、北九州市）

疾 病 名	採取月	件数	検査材料	検査結果	検査材料	検 出 ウ イ ル ス	検出数
インフルエンザ	1～4, 9～12月	54	NP SP	53 1	陽性 47 (NP46, SP1)	インフルエンザウイルスA/H1pdm09型 インフルエンザウイルスB/Victoria系統 インフルエンザウイルスA/H3型 インフルエンザウイルスA/H1pdm09型+A/H3型 インフルエンザウイルスA/H3型+B/Victoria系統	23 件 17 件 5 件 1 件 1 件 NP23 NP16, SP1 NP5 NP1 NP1
感染性胃腸炎	3, 5, 11月	3	FC	3	陽性 2 (FC2)	ロタウイルス アデノウイルス型別不明	1 件 1 件 FC1 FC1
手足口病	3～12月	33	NP FC	32 1	陽性 18 (NP18)	コクサッキーウイルスA16型 コクサッキーウイルスA6型 エンテロウイルス71型 コクサッキーウイルスA10型	9 件 4 件 4 件 1 件 NP9 NP4 NP4 NP1
ヘルパンギーナ	6, 7, 8月	3	NP	3	陽性 1 (NP1)	コクサッキーウイルスA6型	1 件 NP1
流行性耳下腺炎	3, 4, 6, 7, 9, 10月	8	NP	8	陽性 0		
無菌性髄膜炎	7月	1	SF	1	陽性 0		
流行性角結膜炎	4月	1	NP	1	陽性 1 (NP1)	ライノウイルスA54型	1 件 NP1
突発性発しん	9月	1	NP	1	陽性 0		
その他の疾患	4, 5, 7, 10, 12月	10	NP FC UR	8 1 1	陽性 4 (NP3, FC1)	インフルエンザウイルスA/H1pdm09型 インフルエンザウイルスB/Victoria系統	3 件 1 件 NP2, FC1 NP1
検体数：		114 件					73 件
NP:咽頭ぬぐい液, SP:喀痰, FC:糞便, SF:髄液, UR:尿, EX:その他							

表7 感染症発生動向調査検査結果（令和6年、福岡市）

疾 病 名	採取月	件数	検査材料	検査結果	検査材料	検 出 ウ イ ル ス	検出数		
インフルエンザ	1, 2, 7, 9, 11, 12月	14	NP	14	陽性	13 (NP13)	インフルエンザウイルスA/H1pdm09型 インフルエンザウイルスB/Victoria系統 インフルエンザウイルスA/H3型	8 件 3 件 2 件	NP8 NP3 NP2
咽頭結膜熱	7～12月	22	NP	22	陽性	11 (NP11)	アデノウイルス2型 アデノウイルス11型 アデノウイルス1型 アデノウイルス5型 アデノウイルス6型 コクサッキーウイルスB3型	5 件 2 件 1 件 1 件 1 件 1 件	NP5 NP2 NP1 NP1 NP1 NP1
感染性胃腸炎	8, 9, 11, 12月	12	FC NP EX	6 5 1	陽性	5 (FC3, NP2)	アデノウイルス型別不明 アデノウイルス3型 アデノウイルス41型 コクサッキーウイルスB1型	2 件 1 件 1 件 1 件	NP2 FC1 FC1 FC1
手足口病	6, 7, 9, 11月	6	NP FC	5 1	陽性	4 (NP4)	コクサッキーウイルスA6型 コクサッキーウイルスA16型	2 件 2 件	NP2 NP2
ヘルパンギーナ	10月	2	NP	2	陽性	0			
無菌性髄膜炎	9～12月	16	SF NP FC	9 5 2	陽性	9 (SF5, NP3, FC1)	コクサッキーウイルスB3型 コクサッキーウイルスB2型 アデノウイルス5型 エンテロウイルス71型	6 件 1 件 1 件 1 件	SF3, NP2, FC1 SF1 SF1 NP1
RSウイルス感染症	3～8, 10, 11月	27	NP	27	陽性	20 (NP20)	RSウイルス	20 件	NP20
突発性発しん	10月	3	NP	3	陽性	1 (NP1)	ヒトヘルペスウイルス6型	1 件	NP1
その他の疾患	8月	1	NP	1	陽性	1 (NP1)	新型コロナウイルス	1 件	NP1
水痘	7月	1	NP	1	陽性	0			
検体数：		103 件				64 件			
NP:咽頭ぬぐい液, FC:糞便, SF:髄液, BL:血液, EX:その他									

表8 感染症発生動向調査検査結果（令和6年、その他の市町村）

疾 病 名	採取月	件数	検査材料	検査結果	検査材料	検 出 ウ イ ル ス	検出数
インフルエンザ	1～4, 7, 10～12月	62	NP	62 陽性	46 (NP46)	インフルエンザウイルスA/H1pdm09型 インフルエンザウイルスB/Victoria系統 インフルエンザウイルスA/H3型 インフルエンザウイルスA型 ライノウイルス	31 件 NP31 9 件 NP9 4 件 NP4 1 件 NP1 1 件 NP1
咽頭結膜熱	1～9, 11, 12月	22	NP UR	21 陽性 1	4 (NP4)	アデノウイルス1型 アデノウイルス3型 コクサッキーウイルスB2型 インフルエンザウイルスB/Victoria系統	1 件 NP1 1 件 NP1 1 件 NP1 1 件 NP1
感染性胃腸炎	1～12月	52	FC NP	50 陽性 2	23 (FC23)	エコーウイルス25型 アデノウイルス3型 ノロウイルスGII.7 コクサッキーウイルスA6型 コクサッキーウイルスA16型 A群ロタウイルス アデノウイルス2型 アデノウイルス41型 コクサッキーウイルスA5型 コクサッキーウイルスB3型 エンテロウイルス71型 エコーウイルス11型 アデノウイルス2型+A群ロタウイルス アデノウイルス41型+エコーウイルス11型 コクサッキーウイルスA16型+A群ロタウイルス ノロウイルスGII.4+サボウイルス ノロウイルスGII.4+アデノウイルス2型	3 件 FC3 2 件 FC2 2 件 FC2 2 件 FC2 2 件 FC2 1 件 FC1 1 件 FC1 1 件 FC1 1 件 FC1 1 件 FC1 1 件 FC1 1 件 FC1 1 件 FC1 1 件 FC1 1 件 FC1 1 件 FC1 1 件 FC1
手足口病	4～11月	28	NP FC SF SL	25 陽性 1 1 1	23 (NP21, FC1, SL1)	コクサッキーウイルスA16型 コクサッキーウイルスA6型 単純ヘルペスウイルス1型	12 件 NP10, FC1, SL1 10 件 NP10 1 件 NP1
ヘルパンギーナ	1, 6, 7, 9月	13	NP	13 陽性	10 (NP10)	コクサッキーウイルスA6型 コクサッキーウイルスA5型 コクサッキーウイルスB3型 アデノウイルス2型 ライノウイルス	5 件 NP5 2 件 NP2 1 件 NP1 1 件 NP1 1 件 NP1
流行性耳下腺炎	1月	1	NP	1 陽性	0		
流行性角結膜炎	3, 6月	2	ES	2 陽性	0		
RSウイルス感染症	1～5, 8, 10, 12月	15	NP FC	13 陽性 2	7 (NP6, FC1)	コクサッキーウイルスA10型 コクサッキーウイルスB5型 ボカウイルス ライノウイルス ライノウイルスB コクサッキーウイルスA6型+RSウイルス RSウイルス+ライノウイルス	1 件 FC1 1 件 NP1 1 件 NP1 1 件 NP1 1 件 NP1 1 件 NP1 1 件 NP1
突発性発しん	2, 6月	2	NP	2 陽性	0		
伝染性紅斑	2, 4, 12月	3	NP	3 陽性	0		
水痘	2, 11月	3	SL	3 陽性	1 (SL1)	水痘・帯状疱疹ウイルス	1 件 SL1
検体数:		203 件					114 件
NP:咽頭ぬぐい液, FC:糞便, SF:髄液, ES:結膜ぬぐい液, SL:皮膚病巣							

表9－1 過去5年間の疾病別・年次別ウイルス検出結果（その1）

疾病名	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
インフルエンザ	A/H1pdm09 (54) B/Vic (8) B (4) A/H3 (1) Ad 1 (1)	hRV (1)	A/H3 (7)	A/H3 (96) A/H1pdm09 (31) B/Vic (9) Ad 2 (1) A (1)	A/H1pdm09 (63) B/Vic (30) A/H3 (13) A (1) hRV (1)
咽頭結膜熱	CA 4 (5) Ad 2 (3) Ad 1 (1) Ad 3 (1) Ad 5 (1) Ad 11 (1) HHV 1 (1) Ec 9 (1) CB 4 (1)	hRV (2) Ad 1 (1) Ad 5 (1) RSV (1)	Ad 2 (1)	Ad 3 (26) Ad 2 (3) hRV (1) Ec 3 (1) CB 5 (1)	Ad 2 (5) Ad 1 (2) Ad 11 (2) Ad 3 (1) Ad 5 (1) Ad 6 (1) CB 2 (1) CB 3 (1) B/Vic (1)
感染性胃腸炎	NoG II (8) AST (3) Ad 2 (2) hRV (2) Ad 31 (1) Ad 41 (1) CA 4 (1) CA 9 (1) A/H1pdm09 (1)	NoG II (5) AST (2) CA 6 (2) Ec 6 (2) CA 16 (1) hRV (1) Sapo (1)	NoG II (11) Ad 41 (5) Ad 1 (2) NoG I (1) AST (1) CA 10 (1) Sapo (1) hRV (1) Ev D68 (1)	NoG II (16) Sapo (6) AST (5) Ad 2 (4) CB 5 (4) hRV (3) Rota (2) Ad 3 (2) Ev 71 (1) CA 10 (1) CA 2 (1) Ad 41 (1) Ec 3 (1)	NoG II (4) Rota (4) Ad 2 (3) Ad 3 (3) Ad 41 (3) Ec 25 (3) CA 16 (3) Ad NT (3) Ec 11 (2) CA 6 (2) Ev 71 (1) CA 5 (1) CB 1 (1) CB 3 (1)
手足口病	Ad 2 (1) HHV 1 (1)	CA 6 (18) Ec 6 (3) HHV 1 (3) CA 16 (2) Ad 1 (1) HHV 3 (1) PVB19 (1)	CA 6 (6) CA 10 (4) RSV (1) Ad 1 (1)	CA 6 (15) Ev 71 (8) CA 10 (5) CA 2 (1) CA 16 (1) PVB19 (1) HHV 5 (1)	CA 16 (23) CA 6 (16) Ev 71 (4) CA 10 (1) HHV 1 (1)
ヘルパンギーナ	CA 4 (6) Ec 9 (1)	CA 6 (1) Ec 6 (1) HHV 1 (1)	CA 4 (1) CA 6 (1)	CA 10 (7) CA 2 (4) CA 6 (3) hRV (2) Ev 71 (2) Ad 2 (1) CA 4 (1) Ad 3 (1)	CA 6 (6) CA 5 (2) CB 3 (1) Ad 2 (1) hRV (1)

A：インフルエンザウイルス A型，A/H1pdm09：インフルエンザウイルス A/H1pdm09型，A/H3：インフルエンザウイルス A/H3型，Ad：アデノウイルス，Aichi：アイチウイルス，AST：アストロウイルス，B：インフルエンザウイルス B型，B/Vic：インフルエンザウイルス B/Victoria系統，B/Yam：インフルエンザウイルス B/Yamagata系統，CA：A群コクサッキーウイルス，CB：B群コクサッキーウイルス，Co：コロナウイルス，Ec：エコーウイルス，Ev：エンテロウイルス，HHV：ヘルペスウイルス，HHV 1：単純ヘルペスウイルス1型，HHV 3：水痘・帯状疱疹ウイルス，HHV 4：EBウイルス，HHV 5：サイトロメガウイルス，HHV 6：ヒトヘルペスウイルス6，HPeV：ヒペコウイルス，hRV：ライノウイルス，NoG I：ノロウイルス G I，NoG II：ノロウイルス G II，PVB19：パルボウイルスB19，Rota：ロタウイルス，RSV：RSウイルス，Sapo：サポウイルス，HBoV：ボカウイルス

表9－2 過去5年間の疾病別・年次別ウイルス検出結果（その2）

疾病名	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
流行性耳下腺炎	Mump (1)	Ec 6 (1) HPeV (1)		CB 5 (1)	
急性脳炎					
無菌性髄膜炎	HHV 3 (1)	Ec 6 (17)	HPeV (4)	CB 5 (12) CB 2 (3) CB 4 (2) Mump (1)	CB 3 (6) CB 2 (1) Ev 71 (1) Ad 5 (1)
流行性角結膜炎					hRV (1)
RSウイルス感染症	hRV (1) Ec 9 (1)	RSV (5) hRV (1)	RSV (2) hRV (2) CA 6 (1)	RSV (5) Ad 1 (1) CA 6 (1) hRV (1)	RSV (22) hRV (2) CA 6 (1) CA 10 (1) CB 5 (1) HBoV (1)
突発性発しん	HHV 6 (2) CA 4 (1) HHV 1 (1)	Ad 2 (1) HPeV (1)	CA 9 (1)	Ad 3 (2) CA 2 (1) CA 9 (1) CB 5 (1) HHV 1 (1) HHV 6 (1)	HHV 6 (1)
伝染性紅斑		HHV 1 (1)	Ev D68 (1)		
水痘	HHV 3 (2) CA 16 (1)				HHV 3 (1)
その他の疾患	Ad 5 (2) Ad 64 (2) Ad 2 (1) AST (1)	HPeV (2) Ad 2 (1)	Ad 11 (1)	Ad 1 (4) Ad 3 (2) CA 10 (1)	A/H1pdm09 (3) B/Vic (1) Co (1)

A：インフルエンザウイルス A型，A/H1pdm09：インフルエンザウイルス A/H1pdm09型，A/H3：インフルエンザウイルス A/H3型，Ad：アデノウイルス，Aichi：アイチウイルス，AST：アストロウイルス，B：インフルエンザウイルス B型，B/Vic：インフルエンザウイルス B/Victoria系統，B/Yam：インフルエンザウイルス B/Yamagata系統，CA：A群コクサッキーウイルス，CB：B群コクサッキーウイルス，Co：コロナウイルス，Ec：エコーウイルス，Ev：エンテロウイルス，HHV：ヘルペスウイルス，HHV 1：単純ヘルペスウイルス1型，HHV 3：水痘・帯状疱疹ウイルス，HHV 4：EBウイルス，HHV 5：サイトロメガウイルス，HHV 6：ヒトヘルペスウイルス6，HPeV：パレコウイルス，hRV：ライノウイルス，NoG I：ノロウイルス G I，NoG II：ノロウイルス G II，PVB19：パルボウイルスB19，Rota：ロタウイルス，RSV：RSウイルス，Sapo：サポウイルス，HBoV：ボカウイルス

表10 検出ウイルスごとの地域別採取月別検出状況（令和6年）

検出ウイルス	地域ブロック	採取月												計
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
アデノウイルス 1型	福岡											1		1
	筑後						1							1
アデノウイルス 2型	福岡							1			4			5
	筑豊						1							1
アデノウイルス 3型	筑後	1				1		1						3
	福岡								1					1
アデノウイルス 5型	福岡									1				1
	筑後	1											1	2
アデノウイルス 6型	福岡							1		1				2
アデノウイルス 11型	福岡									1		1		1
アデノウイルス 41型	福岡												1	1
	筑豊						1							1
アデノウイルス 型別不明	筑後										1			1
	北九州											1		1
コクサッキーウイルス A5型	福岡								1				1	2
	筑豊											1		1
コクサッキーウイルス A6型	筑後							1		1				2
	北九州					1	2	2						5
コクサッキーウイルス A10型	福岡						2	2						4
	筑豊						1							1
コクサッキーウイルス A16型	筑後			1		1	8	4		1				15
	北九州					1								1
コクサッキーウイルス B1型	筑後			1										1
	北九州							1	3	2	2	1		9
コクサッキーウイルス B2型	福岡				1					1	1	2		5
	筑後								2	2	6	2		12
コクサッキーウイルス B3型	福岡									1				1
コクサッキーウイルス B5型	筑後	1									1			1
	福岡													1
エコーウイルス 11型	筑後													1
	筑豊								1	2				3
エコーウイルス 25型	筑後													1
	福岡													1
エンテロウイルス 71型	北九州					1	2					1		4
	福岡											1		1
インフルエンザウイルス A/H1pdm09型	筑豊								1					1
	北九州			2						2	1	5	17	27
インフルエンザウイルス A/H3型	福岡		1					1			1	4	13	20
	筑豊		1										2	3
インフルエンザウイルス A型	筑後	3	1					1			1	6	4	16
	北九州	3	2	1									1	7
インフルエンザウイルス B/Victoria系統	福岡	1	1							1				3
	筑豊	2												2
ライノウイルス	筑後	1												1
	福岡													1
RSウイルス	筑後													1
	北九州				1									1
サボウウイルス	筑後	1					1		1			1	1	5
	福岡			1		4	3	3	5		3	1		20
ノロウイルス GII.4	筑後			1					1					2
	筑豊		1											1
ノロウイルス GII.7	筑後	1												1
	筑豊							1						1
A群ロタウイルス	筑後				1		1						1	1
	筑豊													2
ロタウイルス	筑後									1				1
	北九州					1								1
ヘルペスウイルス 1型	筑後									1				1
ヘルペスウイルス 3型	筑後											1		1
ヘルペスウイルス 6型	福岡										1			1
ボカウイルス	筑後				1									1
新型コロナウイルス	福岡								1					1
合計		29	19	12	7	10	23	21	19	17	29	32	42	260

表11 地域ごとの検出ウイルス別採取月別検出状況（令和6年）

地域ブロック	検出ウイルス						採取月												計
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
北九州	スズノ	不明型													1		1		
	スズノ	A6型					1	2	2								5		
	スズノ	A10型					1										1		
	スズノ	A16型								1	3	2	2	1			9		
	スズノ	71型					1	2						1			4		
	スズノ	A/H1pdm09型			2							2	1	5	17		27		
	スズノ	A/H3型	3	2	1										1		7		
	スズノ	B/Victoria 系統	6	7	4	2											19		
	スズノ	A54型				1											1		
	スズノ	計					1										1		
福岡	スズノ	計	9	9	7	3	4	4		3	3	4	3	8	18		75		
	スズノ	1型												1			1		
	スズノ	2型								1				4			5		
	スズノ	3型									1						1		
	スズノ	5型										1					2		
	スズノ	6型								1							1		
	スズノ	11型											1		1		2		
	スズノ	41型														1	1		
	スズノ	型別不明									1						1	2	
	スズノ	A6型							2	2							4		
	スズノ	A16型				1						1	1	2			5		
	スズノ	B1型										1					1		
	スズノ	B2型												1			1		
	スズノ	B3型											1	3	3		7		
	スズノ	71型													1		1		
	スズノ	A/H1pdm09型			1					1				1	4	13	20		
	スズノ	A/H3型	1	1									1				3		
	スズノ	A型													1		1		
	スズノ	B/Victoria 系統	6														6		
	スズノ	6型			1		4	3	3	5			3	1			20		
	スズノ	計											1				1		
	スズノ	計	7	2	1	1	4	5	8		1	9	6	15	13	15		86	
	筑豊	スズノ	2型							1								1	
スズノ		3型									1						1		
スズノ		41型							1								1		
スズノ		A5型													1		1		
スズノ		A6型							1								1		
スズノ		11型												1			1		
スズノ		25型								1	2						3		
スズノ		71型									1						1		
スズノ		A/H1pdm09型			1												2	3	
スズノ		A/H3型	2															2	
スズノ		B/Victoria 系統	1	1	1													3	
スズノ		GⅡ.4		1													1		
スズノ		GⅡ.7									1						1		
スズノ		計				1											1		
スズノ		計	3	4	1	1	0	4	3	3		0	1	1	2		23		
筑後	スズノ	1型							1								1		
	スズノ	2型	1					1		1							3		
	スズノ	3型	1													1	2		
	スズノ	41型											1				1		
	スズノ	A5型								1			1				2		
	スズノ	A6型				1		1	8	4			1				15		
	スズノ	A10型				1											1		
	スズノ	A16型										2	2	6	2		12		
	スズノ	B2型	1														1		
	スズノ	B3型											2				2		
	スズノ	B5型			1												1		
	スズノ	11型												1			1		
	スズノ	A/H1pdm09型	3	1						1				1	6	4	16		
	スズノ	A/H3型	1														1		
	スズノ	B/Victoria 系統	1	2		1											4		
	スズノ	B型	1						1		1						1		
	スズノ	GⅡ.4			1							1					2		
	スズノ	GⅡ.7	1														1		
	スズノ	1型												1			1		
	スズノ	計					1								1		1		
	スズノ	計	10	4	3	2	2	10	7	4		7	10	10	7		76		
	合計		29	19	12	7	10	23	21	19		17	29	32	42		260		

表12 無菌性髄膜炎の合併症（令和6年、16件）

臨床症状	件数（検体種別）	検出ウイルス名
頭痛	1（SF1）	
発熱	16（NP5, SF9, SP2）	コクサッキーウイルスB2型（SF1）、コクサッキーウイルスB3型（NP2, SF3, FC1）、アデノウイルス5型（SF1）、エンテロウイルス71（NP1）
熱性けいれん	0	
関節痛	0	
上気道炎	0	
出血傾向	0	
ショック症状	0	
低血圧	0	
循環不全	0	
肝機能障害	3（NP1, SF2）	
胃腸炎	1（SF1）	
嘔気	0	
嘔吐	0	
髄膜炎	10（NP2, SF6, SP2）	コクサッキーウイルスB2型（SF1）、コクサッキーウイルスB3型（NP1, SF2, FC1）、アデノウイルス5型（SF1）、エンテロウイルス71（NP1）
意識障害	1（SF1）	コクサッキーウイルスB3型（SF1）
中枢神経系症状	0	
脳炎	0	
脊髄炎	0	
その他の中枢神経系症状	0	
心不全	0	
腎機能障害	0	
乏尿	0	
腎不全	0	
その他の症状	1（SF1）	アデノウイルス5型（SF1）

NP:咽頭ぬぐい液, FC:糞便, SF:髄液, UR:尿, SP:喀痰, BL:血液

表13 インフルエンザの合併症（令和6年、130件）

臨床症状	件数（検体種別）	検出ウイルス名
頭痛	22（NP22）	A/H1pdm09（NP14）、A/H3（NP1）、B/Vic（NP1）
発熱	126（NP125, SP1）	A/H1pdm09（NP60）、B/Vic（NP27, SP1）、A/H3（NP11）、A（NP1）、A/H1pdm09+A/H3（NP1）、A/H3+B/Vic（NP1）、hRV（NP1）
熱性けいれん	0	
関節痛	9（NP9）	A/H1pdm09（NP6）、A/H3（NP1）、A/H1pdm09+A/H3（NP1）
筋肉痛	3（NP3）	A/H1pdm09（NP2）、A/H3（NP1）
口内炎	0	
上気道炎	68（NP68）	A/H1pdm09（NP34）、B/Vic（NP14）、A/H3（NP6）、A（NP1）、hRV（NP1）
下気道炎	30（NP29, SP1）	A/H1pdm09（NP10）、B/Vic（NP10）、A/H3（NP2）、A（NP1）、A/H1pdm09+A/H3（NP1）
気管支炎	29（NP28, SP1）	A/H1pdm09（NP10）、B/Vic（NP10）、A/H3（NP2）、A/H1pdm09+A/H3（NP1）
胃腸炎	2（NP2）	A/H1pdm09（NP1）、B/Vic（NP1）
下痢	4（NP4）	A/H1pdm09（NP1）、B/Vic（NP3）
嘔気	2（NP2）	A/H3（NP1）、A/H3+B/Vic（NP1）
嘔吐	2（NP2）	A/H1pdm09（NP1）、B/Vic（NP1）
腹痛	0	
意識障害	0	
結膜炎	0	
腎不全	0	
その他の症状	43（NP42, SP1）	A/H1pdm09（NP26）、A/H3（NP1）、B/Vic（NP6, SP1）

NP:咽頭ぬぐい液, SP:喀痰

表14 その他の疾患検査結果

北九州市（陽性：4件）

診断名	陽性検体	検出ウイルス	検出数
不明熱	1件（NP1）	インフルエンザウイルスB/Victoria系統	1件
扁桃炎	2件（NP2）	インフルエンザウイルスA/H1pdm09型	2件
不明・記載なし	1件（NP1）	インフルエンザウイルスA/H1pdm09型	1件

NP:咽頭ぬぐい液

福岡市（陽性：1件）

診断名	陽性検体	検出ウイルス	検出数
不明・記載なし	1件（NP1）	新型コロナウイルス	1件

NP:咽頭ぬぐい液

その他の市町村（陽性：0件）

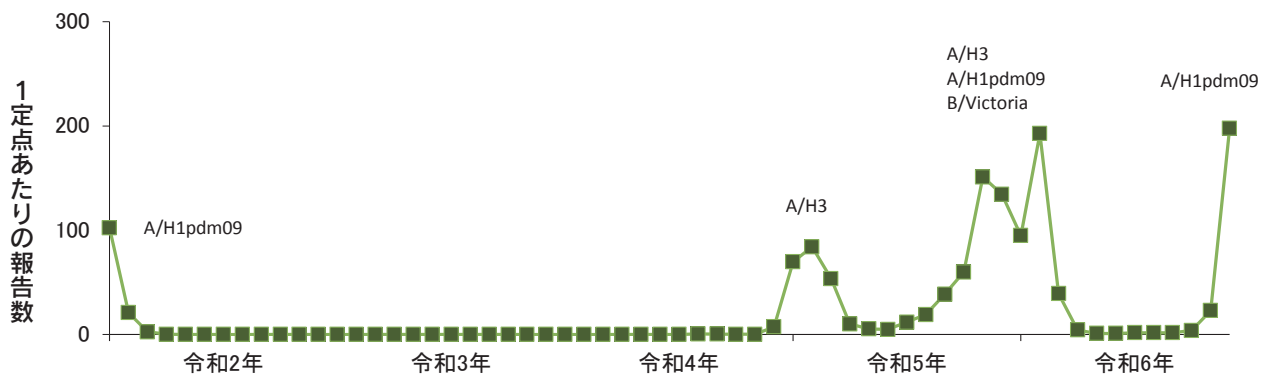


図1 インフルエンザの1定点あたりの患者報告数と検出ウイルス型

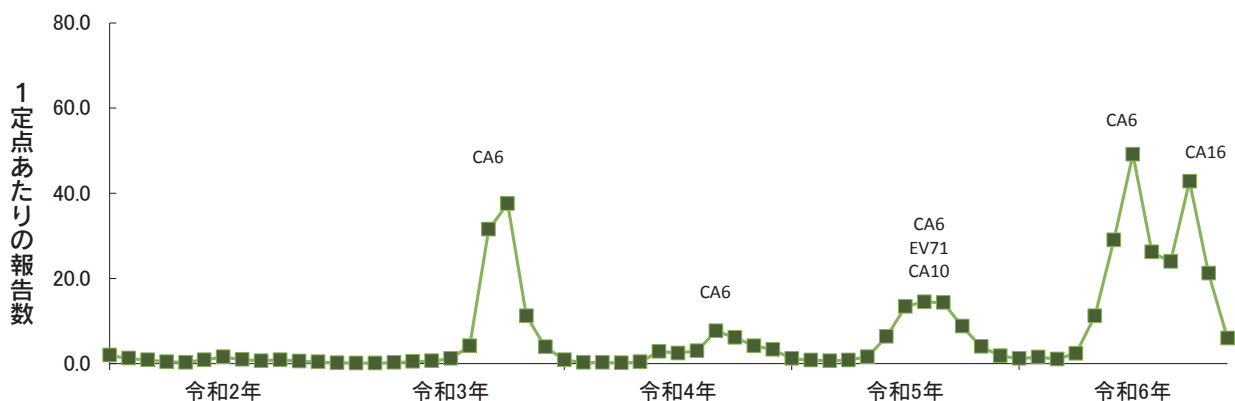


図2 手足口病の1定点あたりの患者報告数と検出ウイルス型

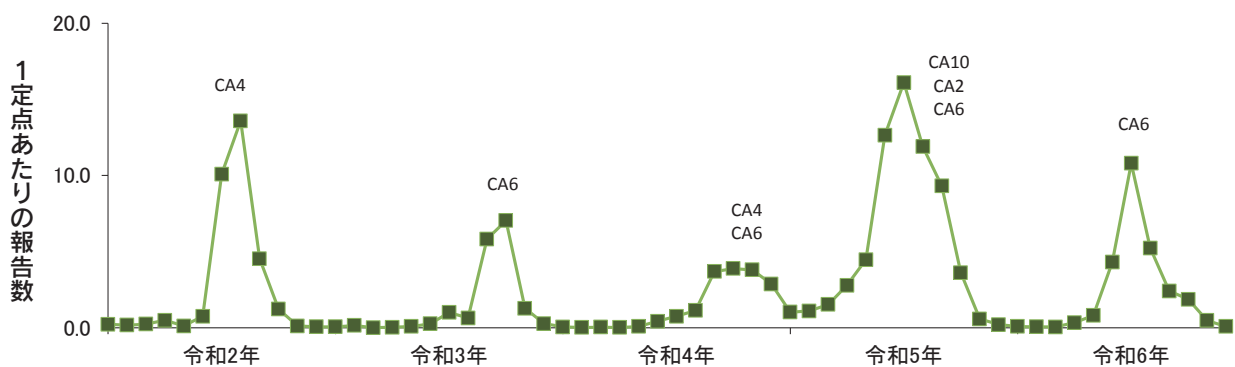


図3 ヘルパンギーナの1定点あたりの患者報告数と検出ウイルス型

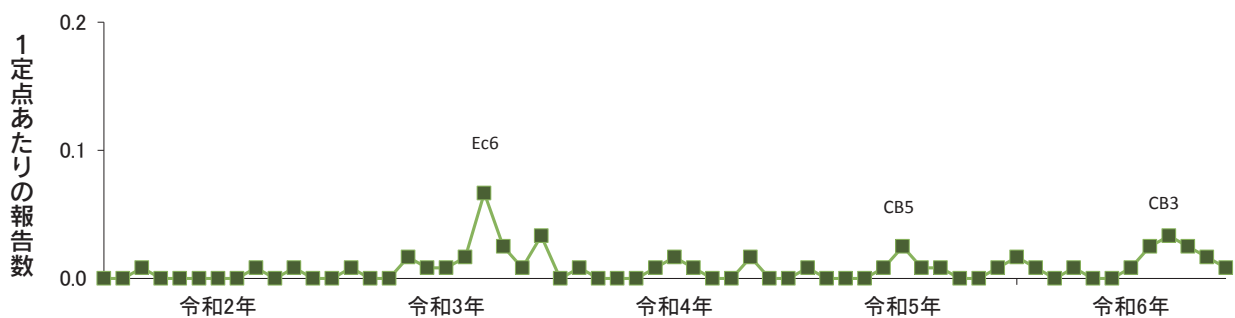


図4 無菌性髄膜炎の1定点（小児科定点）あたりの患者報告数と検出ウイルス型

2) 細菌編

検査材料及び検査方法

令和6年（2024年）に結核・感染症発生動向調査事業で採取・搬入された細菌検査検体は147件で、前年の検体数116件から31件（26.7%）増加した。内訳はすべてカルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）感染症として届出された患者に由来する菌株で、前年のCRE感染症の菌株数113件から34件（30.0%）増加した。検体搬入後、必要な検査を実施した。

検査結果

CRE感染症として届出された患者に由来する菌株147件のうち、23件（15.6%）はカルバペネマーゼ産生株であった（表1）。カルバペネマーゼ産生株の割合は令和4年が18.1%、令和5年が17.7%（20/113）と減少傾向であり、全国的な傾向と同様であった。

表1 カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症検査結果（令和6年、福岡県全体）

診断名	診断月	件数	検査材料	検査結果(カルバペネマーゼ)	
カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症	1月	6	菌株	陽性	0
				陰性	6
	2月	6	菌株	陽性	1
				陰性	5
	3月	8	菌株	陽性	0
				陰性	8
	4月	9	菌株	陽性	2
				陰性	7
	5月	16	菌株	陽性	2
				陰性	14
	6月	16	菌株	陽性	3
				陰性	13
	7月	9	菌株	陽性	3
				陰性	6
	8月	11	菌株	陽性	1
				陰性	10
	9月	19	菌株	陽性	4
				陰性	15
	10月	13	菌株	陽性	1
				陰性	12
	11月	23	菌株	陽性	2
				陰性	21
	12月	11	菌株	陽性	4
				陰性	7
合計		147		陽性	23
				陰性	124

IV) 患 者 報 告 数 情 報

1) 地域別・疾病別年間報告数

表1 地域（ブロック）別・疾病別年間報告数（令和6年第1週～令和6年第52週）

感染症	北九州		福岡		筑豊		筑後		合計	
小児科・内科・眼科感染症										
(1) インフルエンザ[内科・小児科]	25,218	(586.5)	63,705	(656.8)	6,357	(334.6)	16,041	(411.3)	111,321	(562.2)
(2) 新型コロナウイルス感染症[内科・小児科]	11,357	(264.1)	30,455	(314.0)	4,681	(246.4)	10,532	(270.1)	57,025	(288.0)
(3) RSウイルス感染症[小児科]	1,518	(52.3)	4,330	(76.0)	454	(41.3)	841	(36.6)	7,143	(59.5)
(4) 咽頭結膜熱〔小児科〕	742	(25.6)	2,171	(38.1)	186	(16.9)	516	(22.4)	3,615	(30.1)
(5) A群溶血性レンサ球菌咽頭炎〔小児科〕	4,617	(159.2)	25,956	(455.4)	1,061	(96.5)	3,651	(158.7)	35,285	(294.0)
(6) 感染性胃腸炎〔小児科〕	7,317	(252.3)	12,735	(223.4)	1,657	(150.6)	6,422	(279.2)	28,131	(234.4)
(7) 水痘〔小児科〕	349	(12.0)	1,037	(18.2)	54	(4.9)	309	(13.4)	1,749	(14.6)
(8) 手足口病〔小児科〕	5,939	(204.8)	14,840	(260.4)	1,642	(149.3)	3,457	(150.3)	25,878	(215.7)
(9) 伝染性紅斑〔小児科〕	62	(2.1)	187	(3.3)	40	(3.6)	61	(2.7)	350	(2.9)
(10) 突発性発しん〔小児科〕	461	(15.9)	1,039	(18.2)	157	(14.3)	604	(26.3)	2,261	(18.8)
(11) ヘルパンギーナ〔小児科〕	361	(12.4)	2,001	(35.1)	141	(12.8)	687	(29.9)	3,190	(26.6)
(12) 流行性耳下腺炎〔小児科〕	61	(2.1)	162	(2.8)	11	(1.0)	44	(1.9)	278	(2.3)
(13) 川崎病(MCLS)〔小児科〕	57	(2.0)	203	(3.6)	27	(2.5)	28	(1.2)	315	(2.6)
(14) 急性脳炎〔小児科〕	24	(0.8)	72	(1.3)	2	(0.2)	0	(0.0)	98	(0.8)
(15) 細菌性髄膜炎〔小児科〕	0	(0.0)	9	(0.2)	1	(0.1)	1	(0.0)	11	(0.1)
(16) 無菌性髄膜炎〔小児科〕	5	(0.2)	11	(0.2)	1	(0.1)	1	(0.0)	18	(0.2)
(17) マイコプラズマ肺炎〔小児科〕	1,733	(59.8)	6,354	(111.5)	470	(42.7)	849	(36.9)	9,406	(78.4)
(18) 急性出血性結膜炎〔眼科〕	11	(1.6)	6	(0.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	17	(0.7)
(19) 流行性角結膜炎〔眼科〕	100	(14.3)	154	(12.8)	17	(5.7)	169	(42.3)	440	(16.9)
小 計	59,932		165,427		16,959		44,213		286,531	
基幹定点把握対象感染症										
(1) 細菌性髄膜炎〔基幹〕	1	(0.3)	6	(1.2)	6	(2.0)	8	(2.0)	21	(1.4)
(2) 無菌性髄膜炎〔基幹〕	1	(0.3)	14	(2.8)	13	(4.3)	6	(1.5)	34	(2.3)
(3) マイコプラズマ肺炎〔基幹〕	225	(75.0)	420	(84.0)	37	(12.3)	102	(25.5)	784	(52.3)
(4) クラミジア肺炎〔基幹〕	0	(0.0)	2	(0.4)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(0.1)
(5) インフルエンザ(入院)	149	(49.7)	503	(100.6)	275	(91.7)	240	(60.0)	1,167	(77.8)
(6) 新型コロナウイルス感染症(入院)	504	(168.0)	1,303	(260.6)	859	(286.3)	960	(240.0)	3,626	(241.7)
(7) 感染性胃腸炎(ロタウイルス)	0	(0.0)	2	(0.4)	9	(3.0)	2	(0.5)	13	(0.9)
(8) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症	208	(69.3)	115	(23.0)	253	(84.3)	108	(27.0)	684	(45.6)
(9) ペニシリン耐性肺炎球菌感染症	16	(5.3)	25	(5.0)	1	(0.3)	3	(0.8)	45	(3.0)
(10) 薬剤耐性緑膿菌感染症	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.3)	1	(0.1)
小 計	1,104		2,390		1,453		1,430		6,377	
性感染症										
(1) 性器クラミジア感染症	383	<123 , 260>	822	<380 , 442>	158	< 73 , 85>	175	<123 , 52>	1,538	< 699 , 839>
(2) 性器ヘルペスウイルス感染症	100	< 14 , 86>	333	<114 , 219>	50	< 10 , 40>	102	< 41 , 61>	585	< 179 , 406>
(3) 尖圭コンジローマ	43	< 11 , 32>	167	< 90 , 77>	15	< 7 , 8>	32	< 22 , 10>	257	< 130 , 127>
(4) 淋菌感染症	88	< 55 , 33>	282	<189 , 93>	25	< 16 , 9>	77	< 67 , 10>	472	< 327 , 145>
小 計	614	<203 , 411>	1,604	<773 , 831>	248	<106 , 142>	386	<253 , 133>	2,852	<1335 , 1517>
合 計	61,650		169,421		18,660		46,029		295,760	

注1:()内は一定点当たりの報告数を表す

注2:< >内は男、女それぞれの報告数を表す

表2 地域（管轄）別・疾病別年間報告数（令和6年第1週～令和6年第52週）

感染症	北九州市		福岡市		福岡県 (両政令市を除く)		合計	
小児科・内科・眼科感染症								
(1) インフルエンザ[内科・小児科]	21,794	(622.7)	33,892	(664.5)	55,635	(496.7)	111,321	(562.2)
(2) 新型コロナウイルス感染症[内科・小児科]	9,432	(269.5)	16,005	(313.8)	31,588	(282.0)	57,025	(288.0)
(3) RSウイルス感染症[小児科]	1,145	(47.7)	2,479	(85.5)	3,519	(52.5)	7,143	(59.5)
(4) 咽頭結膜熱[小児科]	610	(25.4)	789	(27.2)	2,216	(33.1)	3,615	(30.1)
(5) A群溶血性レンサ球菌咽頭炎[小児科]	3,954	(164.8)	14,955	(515.7)	16,376	(244.4)	35,285	(294.0)
(6) 感染性胃腸炎[小児科]	6,430	(267.9)	4,848	(167.2)	16,853	(251.5)	28,131	(234.4)
(7) 水痘[小児科]	293	(12.2)	561	(19.3)	895	(13.4)	1,749	(14.6)
(8) 手足口病[小児科]	4,741	(197.5)	6,730	(232.1)	14,407	(215.0)	25,878	(215.7)
(9) 伝染性紅斑[小児科]	48	(2.0)	97	(3.3)	205	(3.1)	350	(2.9)
(10) 突発性発しん[小児科]	379	(15.8)	494	(17.0)	1,388	(20.7)	2,261	(18.8)
(11) ヘルパンギーナ[小児科]	323	(13.5)	953	(32.9)	1,914	(28.6)	3,190	(26.6)
(12) 流行性耳下腺炎[小児科]	53	(2.2)	76	(2.6)	149	(2.2)	278	(2.3)
(13) 川崎病(MCLS)[小児科]	54	(2.3)	188	(6.5)	73	(1.1)	315	(2.6)
(14) 急性脳炎[小児科]	13	(0.5)	43	(1.5)	42	(0.6)	98	(0.8)
(15) 細菌性髄膜炎[小児科]	0	(0.0)	2	(0.1)	9	(0.1)	11	(0.1)
(16) 無菌性髄膜炎[小児科]	4	(0.2)	11	(0.4)	3	(0.0)	18	(0.2)
(17) マイコプラズマ肺炎[小児科]	1,322	(55.1)	3,707	(127.8)	4,377	(65.3)	9,406	(78.4)
(18) 急性出血性結膜炎[眼科]	11	(1.8)	6	(0.9)	0	(0.0)	17	(0.7)
(19) 流行性角結膜炎[眼科]	92	(15.3)	127	(18.1)	221	(17.0)	440	(16.9)
小 計	50,698		85,963		149,870		286,531	
基幹定点把握対象感染症								
(1) 細菌性髄膜炎[基幹]	0	(0.0)	4	(2.0)	17	(1.5)	21	(1.4)
(2) 無菌性髄膜炎[基幹]	1	(0.5)	12	(6.0)	21	(1.9)	34	(2.3)
(3) マイコプラズマ肺炎[基幹]	225	(112.5)	316	(158.0)	243	(22.1)	784	(52.3)
(4) クラミジア肺炎[基幹]	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(0.2)	2	(0.1)
(5) インフルエンザ(入院)	135	(67.5)	277	(138.5)	755	(68.6)	1,167	(77.8)
(6) 新型コロナウイルス感染症(入院)	441	(220.5)	456	(228.0)	2,729	(248.1)	3,626	(241.7)
(7) 感染性胃腸炎(ロタウイルス)	0	(0.0)	1	(0.5)	12	(1.1)	13	(0.9)
(8) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症	199	(99.5)	74	(37.0)	411	(37.4)	684	(45.6)
(9) ペニシリン耐性肺炎球菌感染症	16	(8.0)	25	(12.5)	4	(0.4)	45	(3.0)
(10) 薬剤耐性緑膿菌感染症	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(0.1)	1	(0.1)
小 計	1,017		1,165		4,195		6,377	
性感染症								
(1) 性器クラミジア感染症	360	<123 , 237>	641	<309 , 332>	537	<267 , 270>	1,538	< 699 , 839>
(2) 性器ヘルペスウイルス感染症	88	< 14 , 74>	193	< 98 , 95>	304	< 67 , 237>	585	< 179 , 406>
(3) 尖圭コンジローマ	42	< 11 , 31>	123	< 69 , 54>	92	< 50 , 42>	257	< 130 , 127>
(4) 淋菌感染症	85	< 55 , 30>	232	<162 , 70>	155	<110 , 45>	472	< 327 , 145>
小 計	575	<203 , 372>	1,189	<638 , 551>	1,088	<494 , 594>	2,852	<1335 , 1517>
合 計	52,290		88,317		155,153		295,760	

注1:（ ）内は一定点当たりの報告数を表す

注2:< >内は男、女それぞれの報告数を表す

2) 年齢区分別・疾病別年間報告数

インフルエンザ

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数
北九州	75	261	761	960	1119	1310	1575	1783	1872	1955	1824	5841	1408	896	1155	1066	685	335	189	148	25218
福岡	231	628	1736	2135	2502	3243	3922	4770	4819	5036	4712	16089	3557	2019	2607	2578	1613	824	457	227	63705
筑豊	24	53	186	214	271	333	385	444	428	422	381	1354	377	220	321	266	186	128	163	201	6357
筑後	67	167	518	584	701	908	1099	1209	1216	1292	1159	3402	839	493	716	725	425	236	180	105	16041
総数	397	1109	3201	3893	4593	5794	6981	8206	8335	8705	8076	26686	6181	3628	4799	4635	2909	1523	989	681	111321

新型コロナウイルス感染症

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数
北九州	116	285	390	241	233	224	223	215	211	192	225	1310	822	1009	1061	1240	1176	837	708	639	11357
福岡	487	787	1096	695	583	587	573	558	669	667	632	3542	1958	2640	2742	3158	3188	2359	2094	1440	30455
筑豊	27	56	78	48	41	54	40	40	41	41	33	276	157	321	322	387	382	494	804	1039	4681
筑後	120	239	467	341	296	262	262	240	229	230	239	1058	647	700	834	1035	905	731	839	858	10532
総数	750	1367	2031	1325	1153	1127	1098	1053	1150	1130	1129	6186	3584	4670	4959	5820	5651	4421	4445	3976	57025

RSウイルス感染症

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～							総数
北九州	200	291	555	229	140	56	33	6	3	2	2	0	1	0							1518
福岡	557	794	1620	752	353	144	67	17	5	6	2	10	2	1							4330
筑豊	65	90	170	75	36	10	5	1	0	0	0	0	0	2							454
筑後	114	133	283	169	91	23	19	2	2	2	0	3	0	0							841
総数	936	1308	2628	1225	620	233	124	26	10	10	4	13	3	3							7143

咽頭結膜熱

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～							総数
北九州	8	33	190	117	96	80	72	44	27	23	17	26	4	5							742
福岡	25	148	668	353	226	209	169	136	74	58	36	55	7	7							2171
筑豊	0	6	35	42	20	22	20	11	10	5	4	7	1	3							186
筑後	2	36	169	72	54	49	52	26	7	23	8	13	0	5							516
総数	35	223	1062	584	396	360	313	217	118	109	65	101	12	20							3615

A群溶血性レンサ球菌咽頭炎

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～							総数
北九州	6	17	131	244	482	539	583	533	502	385	319	669	72	135							4617
福岡	20	115	986	1620	2344	2854	3081	3131	2530	2268	1810	3865	392	940							25956
筑豊	0	6	26	66	109	139	149	140	109	86	65	124	11	31							1061
筑後	4	40	204	285	360	408	487	413	337	273	202	518	49	71							3651
総数	30	178	1347	2215	3295	3940	4300	4217	3478	3012	2396	5176	524	1177							35285

感染性胃腸炎

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～							総数
北九州	98	469	1075	924	803	696	675	492	407	321	260	661	134	302							7317
福岡	114	751	1560	1411	1292	1267	1219	1011	833	761	561	1269	209	477							12735
筑豊	5	61	224	201	154	143	142	127	109	74	51	121	47	198							1657
筑後	53	402	946	783	700	644	525	427	289	292	252	602	135	372							6422
総数	270	1683	3805	3319	2949	2750	2561	2057	1638	1448	1124	2653	525	1349							28131

水痘

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～							総数
北九州	2	11	29	24	25	24	34	28	25	31	23	84	8	1							349
福岡	7	22	65	49	74	80	82	85	108	117	119	212	15	2							1037
筑豊	0	3	8	1	4	5	2	7	3	4	2	10	3	2							54
筑後	0	15	25	21	29	23	39	25	29	27	44	4	5								309
総数	9	51	127	95	132	132	141	159	161	181	171	350	30	10							1749

手足口病

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～							総数
北九州	46	382	1617	1157	954	679	522	230	124	83	49	71	4	21							5939
福岡	110	1103	4112	2669	1886	1697	1299	790	446	308	182	205	3	30							14840
筑豊	12	126	429	353	251	190	132	60	36	15	11	18	2	7							1642
筑後	16	247	1064	754	450	352	239	124	60	38	36	54	2	21							3457
総数	184	1858	7222	4933	3541	2918	2192	1204	666	444	278	348	11	79							25878

伝染性紅斑

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～							総数
北九州	1	4	18	5	10	9	3	4	1	4	2	1	0	0							62
福岡	0	6	28	17	24	23	31	18	14	9	6	9	2	0							187
筑豊	0	2	12	6	3	5	4	2	4	0	2	0	0	0							40
筑後	0	1	7	4	11	9	6	12	5	2	1	3	0	0							61
総数	1	13	65	32	48	46	44	36	24	15	11	13	2	0							350

突発性発しん

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～							総数
北九州	7	137	261	38	8	8	2	0	0	0	0	0	0	0							461
福岡	12	226	607	137	35	14	2	3	0	1	0	1	0	1							1039
筑豊	3	44	105	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							157
筑後	7	131	369	81	10	6	0	0	0	0	0	0	0	0							604
総数	29	538	1342	261	53	28	4	3	0	1	0	1	0	1							2261

ヘルパンギーナ

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～							総数
北九州	3	41	94	59	40	45	35	22	7	4	4	6	0	1							361
福岡	20	175	513	372	276	230	162	105	55	35	20	37	0	1							2001
筑豊	2	11	44	38	17	13	10	2	2	1	1	0	0	0							141
筑後	8	68	181	124	99	85	45	29	26	4	7	7	2	2							687
総数	33	295	832	593	432	373	252	158	90	44	32	50	2	4							3190

流行性耳下腺炎

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～							総数
北九州	0	0	2	4	7	10	9	7	5	2	3	11	1	0							61
福岡	0	0	9	10	18	26	18	19	20	12	10	14	4	2							162
筑豊	0	1	1	3	2	0	0	0	0	2	2	2	0	0							11
筑後	0	1	0	4	5	7	4	6	5	2	5	5	0	0							44
総数	0	2	12	21	32	43	31	32	30	16	20	32	5	2							278

川崎病(MCLS)

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～							総数
北九州	2	9	12	6	7	6	5	3	0	3	3	1	0	0							57
福岡	12	15	41	43	31	32	8	9	6	1	3	2	0	0							203
筑豊	2	2	8	7	1	1	2	1	0	3	0	0	0	0							27
筑後	1	5	11	2	4	2	0	0	0	1	0	2	0	0							28
総数	17	31	72	58	43	41	15	13	6	8	6	5	0	0							315

急性脳炎〔小児科〕

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～							総数
北九州	0	0	0	2	0	2	0	2	4	3	2	9	0	0							24
福岡	1	1	1	2	1	5	6	7	10	7	7	21	2	1							72
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1							2
筑後	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							0
総数	1	1	1	4	1	7	6	9	14	10	10	30	2	2							98

細菌性髄膜炎〔小児科〕

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～							総数
北九州	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0							0
福岡	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	4	1	0							9
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0							1
筑後	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0							1
総数	1	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	5	1	0							11

無菌性髄膜炎〔小児科〕

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～							総数
北九州	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0							5
福岡	10	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0							11
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0							1
筑後	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0							1
総数	12	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2	2	0							18

マイコプラズマ肺炎〔小児科〕

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～							総数
北九州	0	10	51	60	91	120	140	149	174	206	166	493	54	19							1733
福岡	6	27	107	221	307	367	511	649	728	733	681	1766	141	110							6354
筑豊	2	1	14	11	21	23	36	45	61	55	38	141	15	7							470
筑後	0	1	12	23	44	64	83	100	106	95	89	187	32	13							849
総数	8	39	184	315	463	574	770	943	1069	1089	974	2587	242	149							9406

急性出血性結膜炎

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～		総数
北九州	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0	1	4	2	0	0	0		11
福岡	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	2	0		6
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
筑後	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
総数	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	2	1	3	4	2	0	2	0		17

流行性角結膜炎

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～		総数
北九州	0	2	1	2	3	3	1	0	0	6	0	2	5	12	30	16	10	6	1		100
福岡	0	0	1	3	2	2	0	1	1	3	1	2	8	30	38	24	17	12	9		154
筑豊	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	7	4	1	0	1		17
筑後	0	3	4	4	1	11	6	3	4	1	1	4	3	24	36	29	10	8	17		169
総数	0	5	6	9	7	16	7	4	5	10	2	8	17	68	111	73	38	26	28		440

細菌性髄膜炎[基幹]

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数
北九州	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
福岡	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	6
筑豊	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	6
筑後	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	2	8
総数	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	2	2	4	3	21

無菌性髄膜炎[基幹]

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数
北九州	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
福岡	8	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	14
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	2	0	0	2	4	13
筑後	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	2	1	6
総数	9	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	2	3	4	3	0	0	5	5	34

マイコプラズマ肺炎[基幹]

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数
北九州	0	0	8	8	10	14	17	21	22	29	20	69	6	0	1	0	0	0	0	0	225
福岡	0	3	14	23	26	35	29	35	42	27	33	117	14	8	9	4	1	0	0	0	420
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	15	10	3	4	0	0	0	4	0	37
筑後	0	0	2	3	6	6	8	10	6	9	7	29	6	2	3	2	0	1	0	2	102
総数	0	3	24	34	42	55	54	67	70	65	60	215	41	20	16	10	1	1	4	2	784

クラミジア肺炎[基幹]

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数
北九州	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福岡	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
筑後	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
総数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2

インフルエンザ(入院)

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数
北九州	7	6	14	3	7	12	9	7	9	9	3	20	3	2	2	3	3	4	8	18	149
福岡	10	11	44	22	18	27	20	17	16	6	9	31	10	13	3	17	16	26	60	127	503
筑豊	3	1	5	8	9	11	6	6	1	4	3	8	1	2	1	6	23	29	53	95	275
筑後	5	4	7	10	4	7	6	3	9	5	3	10	5	1	6	6	13	19	48	69	240
総数	25	22	70	43	38	57	41	33	35	24	18	69	19	18	12	32	55	78	169	309	1167

新型コロナウイルス感染症(入院)

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数
北九州	11	5	3	2	2	2	1	1	3	1		10	4	4	8	14	32	37	136	228	504
福岡	37	4	9	11	3	2	2	3	2	5	2	6	4	12	18	33	48	127	344	631	1303
筑豊	7	4	7			1	2	6	5	7	2	3	3	13	9	17	33	122	251	367	859
筑後	7	12	3	4	2	3	1	2	2	2		4	2	11	23	24	36	102	233	487	960
総数	62	25	22	17	7	8	6	12	12	15	4	23	13	40	58	88	149	388	964	1713	3626

感染性胃腸炎(ロタウイルス)[基幹]

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数
北九州	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福岡	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
筑豊	1	0	1	1	0	0	1	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	9
筑後	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
総数	1	0	1	1	0	2	3	3	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	13

メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数
北九州	21	1	3	2	1	1	0	1	1	0	0	1	2	10	11	5	23	20	34	71	208
福岡	5	3	8	4	3	1	0	0	0	2	0	6	1	3	1	3	3	13	26	33	115
筑豊	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	3	0	2	3	9	6	24	78	123	253
筑後	3	0	0	2	0	1	1	0	0	0	1	2	0	0	1	3	11	9	32	42	108
総数	30	4	11	9	4	3	2	1	2	3	1	12	3	15	16	20	43	66	170	269	684

ペニシリン耐性肺炎球菌感染症

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数
北九州	0	2	5	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	2	16
福岡	2	3	7	4	1	3	1	0	2	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	25
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
筑後	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3
総数	2	5	13	5	2	4	1	0	2	2	0	0	0	0	1	0	0	3	3	2	45

薬剤耐性緑膿菌感染症

ブロック	～5か月	～11か月	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳	6歳	7歳	8歳	9歳	10～	15～	20～	30～	40～	50～	60～	70～	80～	総数
北九州	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
福岡	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
筑豊	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
筑後	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
総数	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1

3) 週別・疾病別報告数及び定点当たりの報告数

令和6年福岡県 週別・疾病別報告数及び定点当たりの報告数 (その1)

(1)インフルエンザ		(2)新型コロナウイルス感染症		(3)RSウイルス感染症		(4)咽頭結膜熱		(5)A群溶血性レンサ球菌咽頭炎		(6)感染性胃腸炎		(7)水痘		(8)手足口病		(9)伝染性紅斑		(10)突発性発疹		
報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	
総数	111321	562.23	288.01	7143	59.53	3615	30.13	35285	294.04	28131	234.43	1749	14.58	25878	215.65	350	2.92	2261	18.84	
1週	3504	17.70	1515	8	0.00	217	1.81	292	2.43	484	4.03	33	0.28	27	0.23	1	0.01	26	0.22	
2週	3189	16.11	1630	8.23	6	0.05	1630	1.73	685	5.71	681	5.68	24	0.20	28	0.23	1	0.01	34	0.31
3週	5159	26.06	2070	10.45	8	0.07	167	1.39	970	8.08	775	7.29	24	0.20	37	0.31	1	0.01	36	0.30
4週	6914	34.92	2277	11.50	3	0.03	138	1.15	970	8.08	751	6.26	36	0.30	46	0.38	1	0.01	37	0.31
5週	11359	57.37	2765	13.96	11	0.09	127	1.06	1088	9.07	728	6.07	34	0.28	45	0.38	0	0.00	39	0.33
6週	11429	57.72	2336	11.80	12	0.10	101	0.84	1051	8.76	626	5.22	27	0.23	36	0.30	0	0.00	34	0.28
7週	7393	37.34	1817	9.18	19	0.16	75	0.63	859	7.16	620	5.17	24	0.20	37	0.31	0	0.00	35	0.29
8週	4794	24.21	1338	6.76	18	0.15	63	0.53	737	6.14	560	4.67	15	0.13	27	0.23	4	0.03	31	0.26
9週	3167	15.99	1091	5.51	14	0.12	79	0.66	808	6.73	531	4.43	20	0.17	38	0.32	3	0.03	29	0.24
10週	3022	15.26	1083	5.47	38	0.32	95	0.79	948	7.90	611	5.09	21	0.18	28	0.23	5	0.04	38	0.32
11週	2260	11.41	996	5.03	48	0.40	60	0.50	914	7.62	630	5.25	18	0.15	39	0.33	3	0.03	44	0.37
12週	1500	7.58	971	4.90	42	0.35	62	0.52	707	5.89	475	3.96	25	0.21	35	0.29	1	0.01	38	0.32
13週	974	4.92	746	3.77	56	0.47	72	0.60	665	5.54	503	4.19	13	0.11	22	0.18	3	0.03	42	0.35
14週	418	2.11	584	2.95	86	0.72	43	0.36	484	4.03	466	3.88	31	0.26	52	0.43	1	0.01	40	0.33
15週	237	1.20	544	2.75	125	1.04	55	0.46	596	4.97	498	4.15	17	0.14	53	0.44	3	0.03	48	0.40
16週	146	0.74	551	2.78	158	1.32	72	0.60	722	6.02	541	4.51	56	0.47	78	0.65	8	0.07	57	0.48
17週	61	0.31	468	2.36	190	1.58	95	0.79	890	7.42	592	4.93	38	0.32	102	0.85	1	0.01	46	0.38
18週	40	0.20	468	2.36	169	1.41	76	0.63	558	4.65	370	3.08	31	0.26	169	1.41	3	0.03	33	0.28
19週	28	0.14	457	2.31	187	1.56	86	0.72	674	5.62	462	3.85	32	0.27	207	1.73	0	0.00	52	0.43
20週	42	0.21	553	2.79	225	1.88	124	1.03	974	8.12	578	4.82	39	0.33	258	2.15	0	0.00	56	0.47
21週	50	0.25	613	3.10	247	2.06	128	1.07	1057	8.81	633	5.28	33	0.28	303	2.53	1	0.01	66	0.55
22週	51	0.26	700	3.54	231	1.93	91	0.76	1012	8.43	654	5.45	60	0.50	411	3.43	2	0.02	63	0.53
23週	48	0.24	816	4.12	275	2.29	104	0.87	1170	9.75	801	6.68	28	0.23	541	4.51	7	0.06	61	0.51
24週	36	0.18	869	4.39	283	2.36	99	0.83	917	7.64	691	5.76	36	0.30	773	6.44	6	0.05	57	0.48
25週	38	0.19	936	4.73	357	2.98	93	0.78	961	8.01	692	5.77	29	0.24	1040	8.67	3	0.03	46	0.38
26週	61	0.31	1331	6.72	424	3.53	73	0.61	985	8.21	587	4.89	23	0.19	1130	9.42	25	0.21	62	0.52
27週	87	0.44	2241	11.32	549	4.58	50	0.42	849	7.08	596	4.97	43	0.36	1654	13.78	2	0.02	29	0.24
28週	79	0.40	3195	16.14	663	5.53	62	0.52	815	6.79	531	4.43	21	0.18	1653	13.78	0	0.00	47	0.39
29週	96	0.48	3900	19.70	588	4.90	45	0.38	674	5.62	413	3.44	28	0.23	1303	10.86	27	0.23	38	0.32
30週	62	0.31	3869	19.54	496	4.13	51	0.43	686	5.72	437	3.64	14	0.12	1289	10.74	3	0.03	49	0.41
31週	92	0.46	3257	16.45	433	3.61	42	0.35	559	4.66	441	3.68	35	0.29	1059	8.83	3	0.03	44	0.37
32週	78	0.39	2022	10.21	296	2.47	44	0.37	427	3.56	313	2.61	16	0.13	649	5.41	4	0.03	37	0.31
33週	45	0.23	1422	7.18	122	1.02	30	0.25	203	1.69	191	1.59	27	0.23	383	3.19	2	0.02	31	0.26
34週	33	0.17	1267	6.40	118	0.98	41	0.34	427	3.56	424	3.53	30	0.25	489	4.08	11	0.09	56	0.47
35週	80	0.40	872	4.40	101	0.84	28	0.23	451	3.76	437	3.64	17	0.14	565	4.71	8	0.07	44	0.37
36週	39	0.20	598	3.02	98	0.82	38	0.32	447	3.73	413	3.44	47	0.39	629	5.24	2	0.02	43	0.36
37週	78	0.39	493	2.49	87	0.73	21	0.18	513	4.28	419	3.49	20	0.17	715	5.96	2	0.02	45	0.38
38週	99	0.50	472	2.38	58	0.48	27	0.23	516	4.30	411	3.43	34	0.28	746	6.22	7	0.06	39	0.33
39週	106	0.54	371	1.87	33	0.28	17	0.14	479	3.99	377	3.14	32	0.27	783	6.53	5	0.04	39	0.33
40週	90	0.45	314	1.59	28	0.23	29	0.24	537	4.48	426	3.55	34	0.28	920	7.67	3	0.03	42	0.35
41週	100	0.51	278	1.40	34	0.28	29	0.24	523	4.36	425	3.54	33	0.28	1243	10.36	3	0.03	50	0.42
42週	114	0.58	201	1.02	13	0.11	14	0.12	476	3.97	407	3.39	58	0.48	984	8.20	10	0.08	51	0.43
43週	173	0.87	160	0.81	22	0.18	23	0.19	548	4.57	460	3.83	34	0.28	976	8.13	5	0.04	46	0.38
44週	277	1.40	151	0.76	21	0.18	28	0.23	564	4.70	436	3.63	40	0.33	1016	8.47	10	0.08	50	0.42
45週	390	1.97	125	0.63	20	0.17	29	0.24	424	3.53	408	3.40	66	0.55	800	6.67	18	0.15	52	0.43
46週	694	3.51	227	1.15	11	0.09	49	0.41	490	4.08	551	4.59	30	0.25	720	6.00	26	0.22	39	0.33
47週	1160	5.86	151	0.76	18	0.15	42	0.35	456	3.80	548	4.57	40	0.33	575	4.79	18	0.15	43	0.36
48週	2286	11.55	220	1.11	20	0.17	42	0.35	584	4.87	626	5.22	56	0.47	453	3.78	14	0.12	38	0.32
49週	4019	20.30	319	1.61	14	0.12	55	0.46	594	4.95	722	6.02	72	0.60	350	2.92	20	0.17	41	0.34
50週	7072	35.72	345	1.74	15	0.13	72	0.60	543	4.53	647	5.39	38	0.32	180	1.50	27	0.23	44	0.37
51週	12026	60.74	431	2.18	23	0.19	53	0.44	429	3.58	693	5.78	62	0.52	112	0.93	12	0.10	28	0.23
52週	16026	80.94	599	3.03	30	0.25	51	0.43	377	3.14	739	6.16	55	0.46	70	0.58	25	0.21	39	0.33

令和6年福岡県 週別・疾病別報告数及び定点当たりの報告数（その2）

(11)ヘルパンギーナ		(12)流行性耳下腺炎		(13)川崎病(MCLS)		(14)急性脳炎 【小児科】		(15)細菌性髄膜炎 【小児科】		(16)無菌性髄膜炎 【小児科】		(17)マイコプラズマ 肺炎【小児科】		(18)急性出血性結膜炎		(19)流行性角結膜炎			
報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり	報告数	定点当たり		
総数	3190	2658	278	232	315	263	98	0.82	11	0.09	18	0.15	9406	78.38	17	0.65	440	16.92	
1月	1週	1	0.01	4	0.03	5	0.04	0	0.00	0	0.00	1	0.01	4	0.03	0	0.00	14	0.54
	2週	3	0.03	4	0.03	5	0.04	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	0.04	0	0.00	17	0.65
	3週	3	0.03	1	0.01	2	0.02	1	0.01	0	0.00	1	0.01	7	0.06	0	0.00	17	0.65
	4週	4	0.03	0	0.00	10	0.08	0	0.00	0	0.00	0	0.00	4	0.03	0	0.00	13	0.50
2月	5週	4	0.03	4	0.03	2	0.02	0	0.00	2	0.02	0	0.00	4	0.03	0	0.00	14	0.54
	6週	3	0.03	1	0.01	8	0.07	0	0.00	0	0.00	1	0.01	8	0.07	0	0.00	6	0.23
	7週	0	0.00	4	0.03	5	0.04	0	0.00	0	0.00	0	0.00	1	0.01	1	0.04	8	0.31
	8週	1	0.01	2	0.02	2	0.02	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	0.05	0	0.00	7	0.27
3月	9週	0	0.00	2	0.02	4	0.03	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	0.04	0	0.00	7	0.27
	10週	2	0.02	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	0.05	0	0.00	6	0.23
	11週	1	0.01	2	0.02	5	0.04	0	0.00	0	0.00	0	0.00	6	0.05	0	0.00	8	0.31
	12週	1	0.01	4	0.03	7	0.06	0	0.00	0	0.00	0	0.00	5	0.04	0	0.00	10	0.38
4月	13週	3	0.03	4	0.03	9	0.08	2	0.02	0	0.00	0	0.00	14	0.12	0	0.00	6	0.23
	14週	9	0.08	5	0.04	7	0.06	2	0.02	0	0.00	0	0.00	9	0.08	0	0.00	6	0.23
	15週	14	0.12	4	0.03	8	0.07	0	0.00	0	0.00	0	0.00	13	0.11	2	0.08	11	0.42
	16週	10	0.08	9	0.08	7	0.06	0	0.00	0	0.00	1	0.01	15	0.13	0	0.00	6	0.23
5月	17週	8	0.07	12	0.10	6	0.05	0	0.00	0	0.00	0	0.00	11	0.09	1	0.04	11	0.42
	18週	6	0.05	10	0.08	3	0.03	0	0.00	0	0.00	0	0.00	23	0.19	0	0.00	4	0.15
	19週	15	0.13	6	0.05	7	0.06	0	0.00	0	0.00	0	0.00	34	0.28	1	0.04	6	0.23
	20週	15	0.13	14	0.12	9	0.08	1	0.01	1	0.01	0	0.00	60	0.50	0	0.00	8	0.31
6月	21週	17	0.14	11	0.09	5	0.04	0	0.00	0	0.00	0	0.00	76	0.63	0	0.00	4	0.15
	22週	44	0.37	8	0.07	8	0.07	0	0.00	0	0.00	0	0.00	51	0.43	0	0.00	4	0.15
	23週	72	0.60	3	0.03	5	0.04	0	0.00	0	0.00	0	0.00	63	0.53	0	0.00	11	0.42
	24週	72	0.60	13	0.11	1	0.01	0	0.00	2	0.02	0	0.00	80	0.67	1	0.04	2	0.08
7月	25週	160	1.33	5	0.04	10	0.08	0	0.00	0	0.00	0	0.00	70	0.58	0	0.00	6	0.23
	26週	213	1.78	16	0.13	4	0.03	1	0.01	0	0.00	0	0.00	73	0.61	0	0.00	6	0.23
	27週	358	2.98	7	0.06	11	0.09	1	0.01	0	0.00	0	0.00	133	1.11	1	0.04	3	0.12
	28週	340	2.83	8	0.07	9	0.08	1	0.01	0	0.00	1	0.01	129	1.08	0	0.00	11	0.42
8月	29週	321	2.68	2	0.02	5	0.04	0	0.00	0	0.00	0	0.00	133	1.11	0	0.00	3	0.12
	30週	278	2.32	6	0.05	3	0.03	4	0.03	0	0.00	0	0.00	188	1.57	0	0.00	8	0.31
	31週	230	1.92	4	0.03	11	0.09	1	0.01	0	0.00	1	0.01	218	1.82	1	0.04	4	0.15
	32週	163	1.36	5	0.04	4	0.03	0	0.00	0	0.00	0	0.00	212	1.77	0	0.00	4	0.15
9月	33週	65	0.54	0	0.00	10	0.08	1	0.01	0	0.00	1	0.01	179	1.49	0	0.00	2	0.08
	34週	65	0.54	2	0.02	3	0.03	3	0.03	0	0.00	1	0.01	280	2.33	1	0.04	8	0.31
	35週	105	0.88	7	0.06	6	0.05	1	0.01	0	0.00	0	0.00	254	2.12	0	0.00	7	0.27
	36週	92	0.77	5	0.04	4	0.03	5	0.04	0	0.00	1	0.01	234	1.95	1	0.04	8	0.31
10月	37週	97	0.81	6	0.05	6	0.05	0	0.00	0	0.00	0	0.00	295	2.46	0	0.00	9	0.35
	38週	61	0.51	5	0.04	3	0.03	0	0.00	0	0.00	1	0.01	311	2.59	1	0.04	2	0.08
	39週	40	0.33	5	0.04	8	0.07	0	0.00	0	0.00	2	0.02	396	3.30	0	0.00	5	0.19
	40週	45	0.38	2	0.02	9	0.08	4	0.03	6	0.05	0	0.00	409	3.41	0	0.00	9	0.35
11月	41週	49	0.41	5	0.04	6	0.05	9	0.08	0	0.00	1	0.01	438	3.65	1	0.04	11	0.42
	42週	57	0.48	10	0.08	10	0.08	1	0.01	0	0.00	0	0.00	485	4.04	0	0.00	8	0.31
	43週	36	0.30	4	0.03	11	0.09	26	0.22	0	0.00	0	0.00	568	4.73	0	0.00	14	0.54
	44週	38	0.32	7	0.06	8	0.07	1	0.01	0	0.00	2	0.02	493	4.11	0	0.00	20	0.77
12月	45週	24	0.20	7	0.06	4	0.03	0	0.00	0	0.00	0	0.00	593	4.94	0	0.00	11	0.42
	46週	12	0.10	2	0.02	4	0.03	1	0.01	0	0.00	0	0.00	623	5.19	2	0.08	11	0.42
	47週	16	0.13	4	0.03	4	0.03	6	0.05	0	0.00	0	0.00	491	4.09	0	0.00	7	0.27
	48週	6	0.05	11	0.09	3	0.03	0	0.00	0	0.00	2	0.02	448	3.73	0	0.00	13	0.50
1月	49週	6	0.05	2	0.02	9	0.08	9	0.08	0	0.00	0	0.00	482	4.02	0	0.00	8	0.31
	50週	2	0.02	8	0.07	3	0.03	14	0.12	0	0.00	0	0.00	315	2.63	1	0.04	13	0.50
	51週	3	0.03	2	0.02	6	0.05	0	0.00	0	0.00	1	0.01	267	2.23	2	0.08	13	0.50
	52週	0	0.00	4	0.03	11	0.09	3	0.03	0	0.00	0	0.00	179	1.49	0	0.00	10	0.38

4) 性別・疾病別年間報告数および男女比

表 疾病別・性別患者報告数および男女比（令和6年）

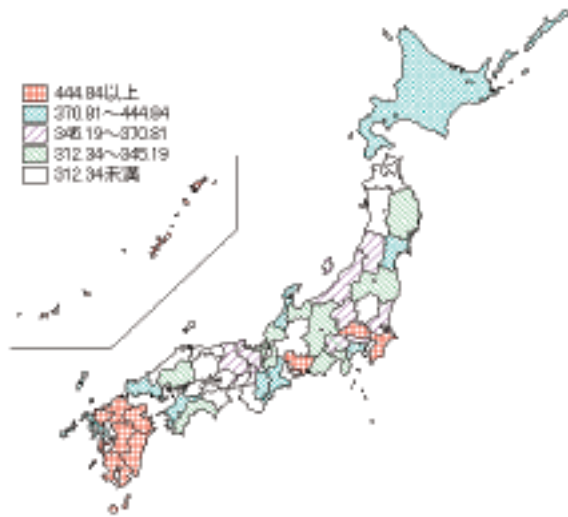
疾病名	性別	報告数	男女比(男／女)
インフルエンザ	男	58,741	1.12
	女	52,580	
	総数	111,321	
新型コロナウイルス感染症	男	27,003	0.90
	女	30,022	
	総数	57,025	
RSウイルス感染症	男	3,805	1.14
	女	3,338	
	総数	7,143	
咽頭結膜熱	男	1,922	1.14
	女	1,693	
	総数	3,615	
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	男	18,881	1.15
	女	16,404	
	総数	35,285	
感染性胃腸炎	男	14,995	1.14
	女	13,136	
	総数	28,131	
水痘	男	958	1.21
	女	791	
	総数	1,749	
手足口病	男	14,201	1.22
	女	11,677	
	総数	25,878	
伝染性紅斑	男	183	1.10
	女	167	
	総数	350	
突発性発しん	男	1,141	1.02
	女	1,120	
	総数	2,261	
ヘルパンギーナ	男	1,610	1.02
	女	1,580	
	総数	3,190	
流行性耳下腺炎	男	146	1.11
	女	132	
	総数	278	
川崎病(MCLS)	男	175	1.25
	女	140	
	総数	315	
急性脳炎[小児科]	男	45	0.85
	女	53	
	総数	98	
細菌性髄膜炎[小児科]	男	4	0.57
	女	7	
	総数	11	
無菌性髄膜炎[小児科]	男	10	1.25
	女	8	
	総数	18	
マイコプラズマ肺炎[小児科]	男	5,005	1.14
	女	4,401	
	総数	9,406	
急性出血性結膜炎	男	9	1.13
	女	8	
	総数	17	
流行性角結膜炎	男	223	1.03
	女	217	
	総数	440	
性器クラミジア感染症	男	699	0.83
	女	839	
	総数	1,538	

疾病名	性別	報告数	男女比(男／女)
性器ヘルペスウイルス感染症	男	179	0.44
	女	406	
	総数	585	
尖圭コンジローマ	男	130	1.02
	女	127	
	総数	257	
淋菌感染症	男	327	2.26
	女	145	
	総数	472	
細菌性髄膜炎[基幹]	男	8	0.62
	女	13	
	総数	21	
無菌性髄膜炎[基幹]	男	16	0.89
	女	18	
	総数	34	
マイコプラズマ肺炎[基幹]	男	414	1.12
	女	370	
	総数	784	
クラミジア肺炎(オウム病を除く)[基幹]	男	2	－
	女	0	
	総数	2	
インフルエンザ(入院)[基幹]	男	665	1.32
	女	502	
	総数	1,167	
新型コロナウイルス感染症(入院)[基幹]	男	2,058	1.31
	女	1,568	
	総数	3,626	
感染性胃腸炎(ロタウイルス)[基幹]	男	7	1.17
	女	6	
	総数	13	
メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症[基幹]	男	422	1.61
	女	262	
	総数	684	
ペニシリン耐性肺炎球菌感染症[基幹]	男	23	1.05
	女	22	
	総数	45	
薬剤耐性緑膿菌感染症[基幹]	男	0	0.00
	女	1	
	総数	1	

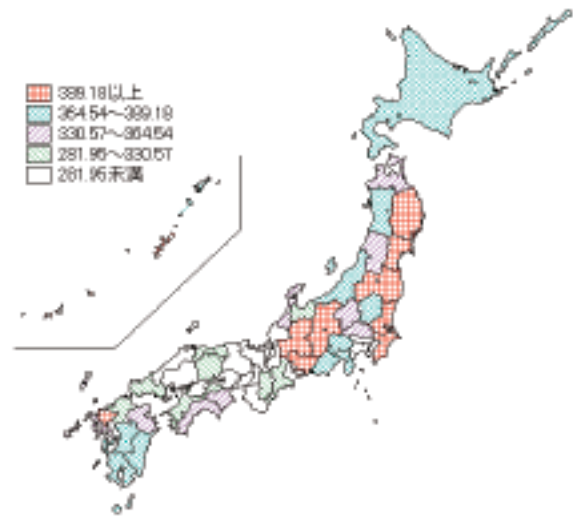
5) 主な疾病の全国発生状況・都道府県別比較（令和6年）

（定点当たり報告数）

インフルエンザ



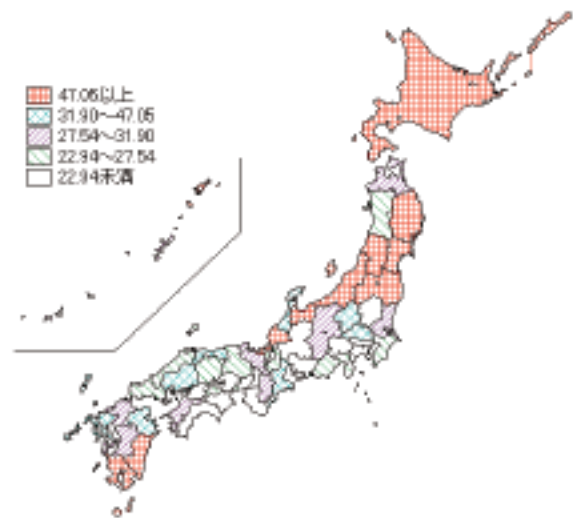
新型コロナウイルス感染症



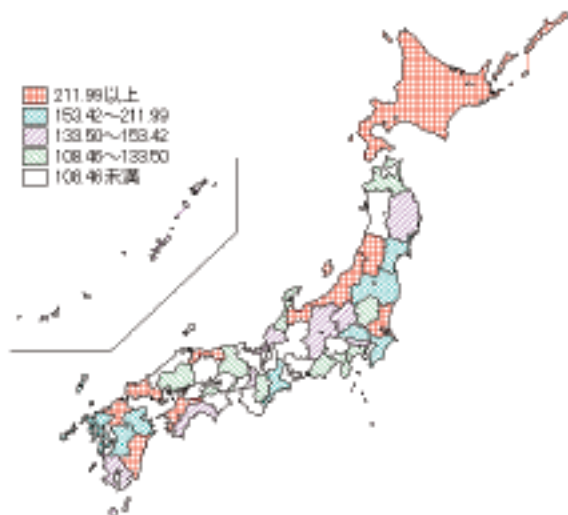
RSウイルス感染症



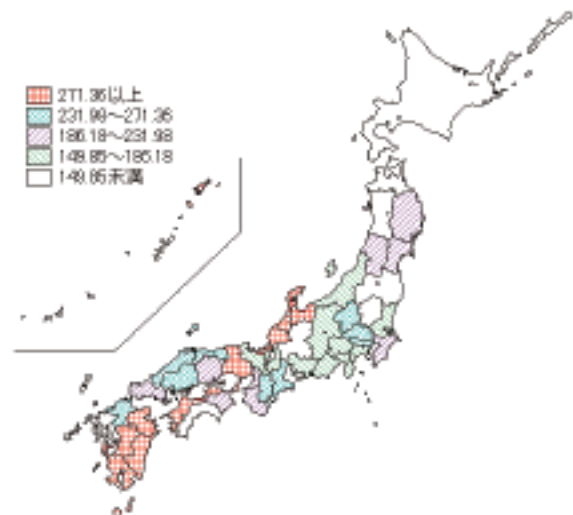
咽頭結膜熱



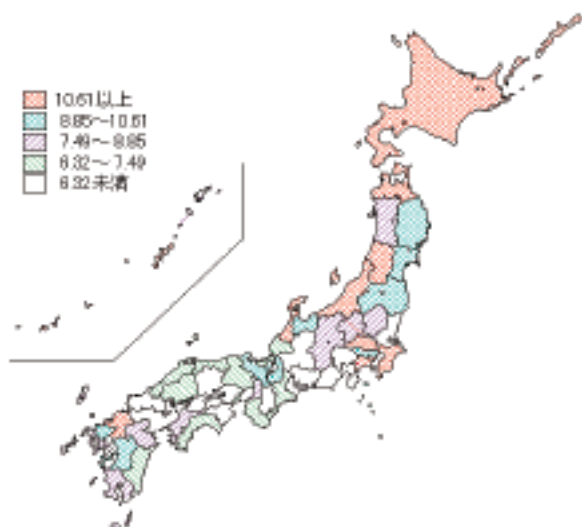
A群溶血性レンサ球菌咽頭炎



感染性胃腸炎



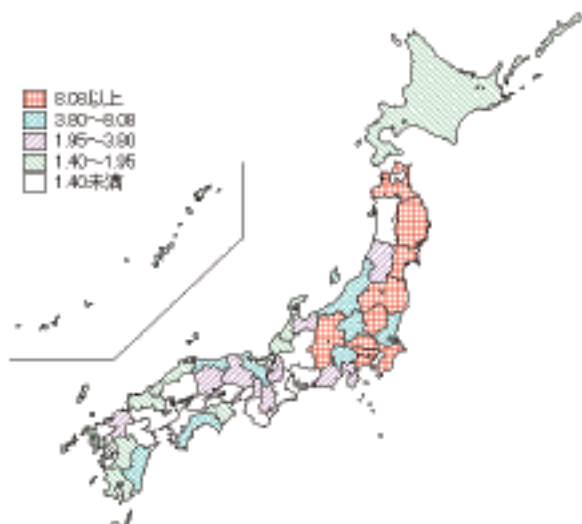
水痘



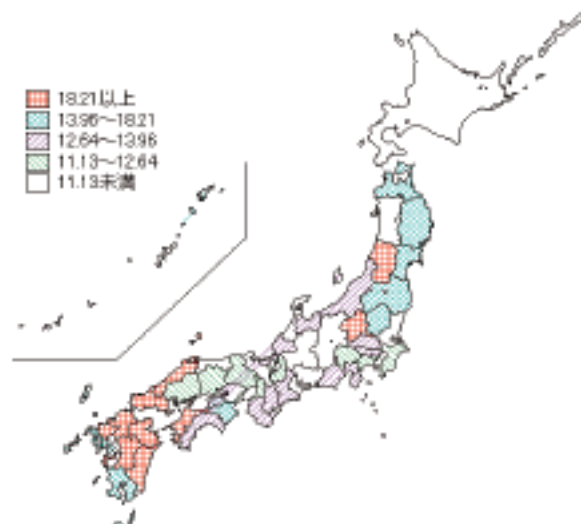
手足口病



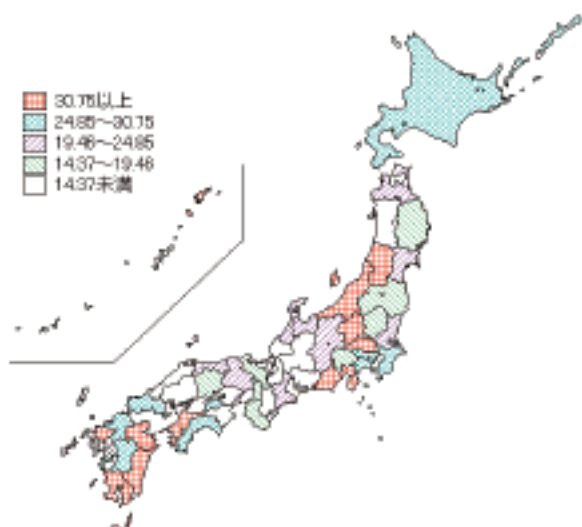
伝染性紅斑



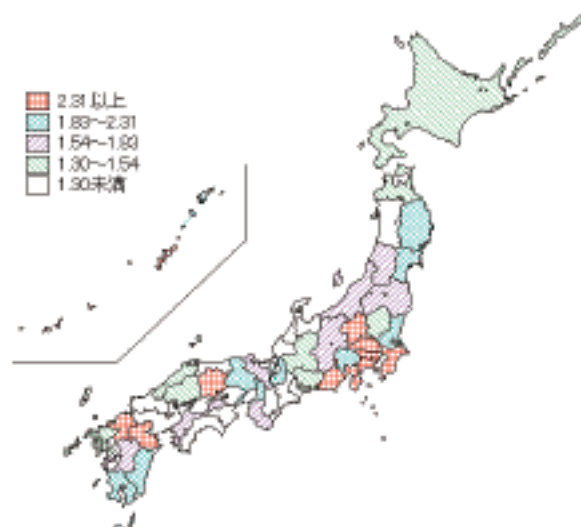
突発性発しん



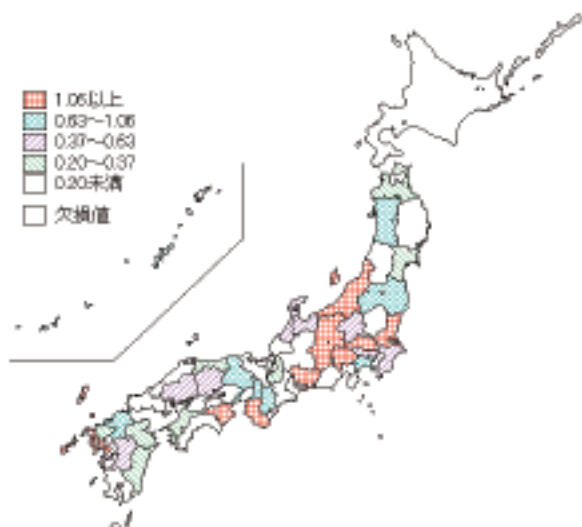
ヘルパンギーナ



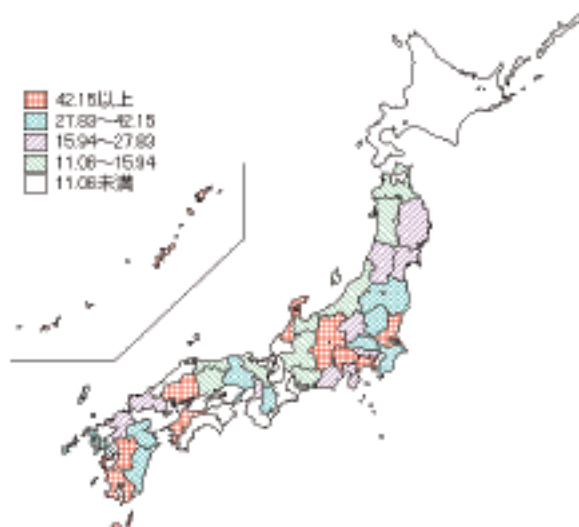
流行性耳下腺炎



急性出血性結膜炎



流行性角結膜炎



細菌性髄膜炎[基幹]



無菌性髄膜炎[基幹]



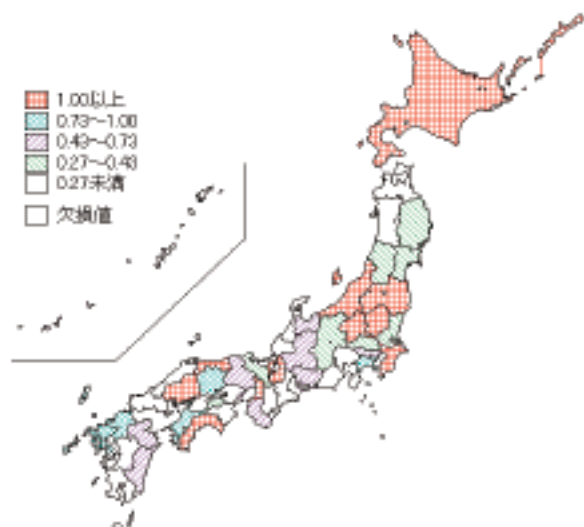
マイコプラズマ肺炎[基幹]



クラミジア肺炎[基幹]



感染性胃腸炎(ロタウイルス)[基幹]



6) 各還元形式（週報・月報・福岡県医師会ウェブサイトのサンプルを掲載） 〈週 報〉

(公印省略)

福岡医発第130号(地)
令和6年4月11日

各感染症対策主管課長
各 医 師 会 長 殿
定点観測医療機関長

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明

福岡県結核・感染症発生動向調査解析委員会 週報

週報 令和6年-14週 (R6. 4. 1~R6. 4. 7)

病 名	定点報告数 (○: 警報レベル, □: 注意報レベル)						1定点当たりの患者数	
	9週	10週	11週	12週	13週	14週	14週	14週
	5週前	4週前	3週前	2週前	1週前	今週	福岡県	全国
	2/26~	3/4~	3/11~	3/18~	3/25~	4/1~	4/1~	4/1~
インフルエンザ	○3167	○3022	○2258	1499	966	415	2.10	5.10
新型コロナ感染症	1043	1083	994	971	741	565	2.85	4.26
RSウイルス感染症	14	38	48	42	56	86	0.72	1.01
咽頭扁桃炎	79	95	60	62	71	42	0.35	0.57
A群溶レン菌咽頭炎	○808	○948	○914	○707	○664	○483	○4.03	3.06
感染性胃腸炎	531	611	630	475	497	464	3.87	3.64
水痘	20	21	17	25	13	30	0.25	0.12
手足口病	38	28	39	35	22	52	0.43	0.21
伝染性紅斑	3	5	3	1	3	1	0.01	0.02
突発性発しん	29	38	44	38	41	40	0.33	0.23
ヘルペンギーナ	0	2	1	1	3	9	0.08	0.03
流行性耳下腺炎	2	0	2	5	4	5	0.04	0.04
川崎病 (MCLS)	4	0	5	6	9	7	0.06	
マイコプラズマ肺炎	5	6	6	5	14	9	0.08	
細菌性髄膜炎	0	0	0	0	0	0	0.00	
無菌性髄膜炎	0	0	0	0	0	0	0.00	
急性脳炎	0	0	0	0	2	0	0.00	
急性出血性結膜炎	0	0	0	0	0	0	0.00	0.01
流行性角結膜炎	7	6	8	10	6	6	0.23	0.53

月報 令和6年-2月 (R6.2.1~R6.2.29)

病 名	定点報告数	前月比	主な増加地区等	1定点当たりの患者数	
				福岡県	全 国
性器クラミジア感染症	30	111%	福岡13、北九州11	0.81	0.81
性器ヘルペス	6	-5	福岡3、北九州2	0.16	0.16
尖圭コンジローマ	5	+3	北九州2、福岡2	0.14	0.14
淋菌感染症	11	+1	福岡5、北九州3	0.30	0.30

■ 総 評

◎ 令和6年4月(第14週分)から感染症発生動向調査システムが変更され、週報の形式・還元内容が変更され、今週が第1回目の週報です。

▽ 2024年第14週: R6. 4/1-4/7はインフルエンザが連続減少し定点当たり2.10、キットではB型がA型より多い。新型コロナ感染症も連続減少している。RSウイルス感染症も増加傾向、マイコプラズマ肺炎も毎週報告が続く。ヒトメタニューモは多発が続く。全国情報で麻疹の報告が増えている。春学期・年度替わりで人の移動・接触が多くなる季節です。感染症の流行にご注意ください。

■ 内 科

- ※ インフルエンザ：連続減少、定点当たり 2.10(前週 4.88 ; 20 歳以上 22.2%)。キットでは A 型 63 人、B 型 185 人。全国定点当たり 5.10。
- ※ 新型コロナウイルス感染症：連続減少(20 歳以上 68.3%)、定点当たり 2.85、全国定点当たり 4.26。

■ 小 児 科

- ※ RSウイルス感染症：増加傾向、4 歳以上 8 人。
- ※ 咽頭結膜熱：5 週間前から減少傾向。
- ※ A 群溶レン菌咽頭炎：減少傾向。発疹合併：5 歳男。
- ※ 感染性胃腸炎：3 歳以下 43.5%。
 - ・カンピロバクター：5 歳男、8 歳男、9 歳男、12 歳男。
 - ・サルモネラ：群未詳：4 歳男
 - ・大腸菌：1 歳女に O15。
 - ・ロタウイルス：2 歳女
 - ・アデノウイルス：1 歳男
 - ・ノロウイルス：1 歳男、10—14 歳男
- ※ 水痘：15 歳以上 0 人。
ワクチン済例：2 歳男(R5. 1/26 に VZ336、R5. 9/20 に VZ346 ; 軽症)、5 歳男(R1. 6/14 に VZ255、R2. 2/25 に 268 ; 軽症)、10 歳女(H26. 10/14 と H27. 5/8 に ロット不明 : ; 軽症)
- ※ 手足口病：増加傾向。
- ※ 流行性耳下腺炎：15 歳以上 0 人。ワクチン済例：報告なし。

■ 眼 科

- ※ 流行性角結膜炎：キット陽性：30 歳女。

※ 福岡県医師会ホームページの感染症情報欄にも掲載されていますので下記 URL 及び QRコードよりご参照下さい。

URL : https://www.fukuoka.med.or.jp/doctors/kansenshou/_11717.html

ホーム>医師の皆様>感染症・予防接種>感染症発生動向調査



青 木 知 信

令和6年－14週（R6.4.1～R6.4.7）

定点把握対象疾患 1 定点医療機関当たり患者数 【保健所別】

		中央	博多	南	早良	東	西	城南	北九州市	久留米市	宗像・遠賀	粕屋	筑紫	糸島	田川	北筑後	南筑後	京築	嘉穂・鞍手
インフルエンザ／ COVID-19 定点	インフルエンザ	1.00	1.14	1.56	5.88	2.33	1.86	2.80	2.51	0.36	2.33	1.58	2.81	1.57	2.14	1.13	2.35	1.63	1.08
	COVID19	1.67	1.00	2.33	7.38	3.33	4.29	3.00	2.71	0.64	3.42	4.00	2.00	2.00	2.29	3.13	3.65	1.63	2.42
小児科 定点	RSウイルス感染症	0.33	2.00	1.20	0.80	1.20	—	4.33	0.33	—	0.29	1.29	0.60	0.25	—	2.20	0.67	0.40	0.14
	咽頭結膜熱	—	—	0.20	—	0.20	0.25	0.33	0.17	—	0.14	0.29	1.70	0.25	0.25	0.40	0.58	0.60	—
	A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	5.00	3.00	5.80	1.40	6.20	9.25	16.00	3.46	0.17	1.86	5.14	8.80	3.50	0.25	4.80	1.58	2.60	1.71
	感染性胃腸炎	6.00	1.50	1.20	4.00	4.00	3.00	1.00	5.58	0.83	0.86	4.71	3.70	6.25	4.00	4.40	6.42	2.60	1.57
	水痘	—	—	—	0.20	—	0.25	—	0.13	—	0.14	—	1.00	—	—	0.40	0.42	0.80	0.43
	手足口病	—	—	2.20	0.80	0.20	—	0.33	0.08	0.50	—	0.14	1.50	—	—	—	—	2.80	—
	伝染性紅斑	0.33	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	突発性発しん	0.67	0.25	0.20	—	—	0.75	0.67	0.21	0.33	0.14	0.14	0.60	0.50	0.50	0.40	0.42	0.60	0.29
	ヘルパンギーナ	—	—	—	0.60	—	—	—	—	0.33	0.29	—	0.20	—	—	—	—	—	—
	流行性耳下腺炎	—	—	—	—	—	0.25	—	—	—	—	0.14	0.20	0.25	—	—	—	—	—
	川崎病	—	—	—	—	0.80	—	—	—	—	—	—	0.50	—	—	0.20	—	—	—
	マイコプラズマ肺炎	—	—	0.40	—	—	—	—	0.04	—	—	—	—	0.75	—	—	0.08	0.40	—
	細菌性髄膜炎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	無菌性髄膜炎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	急性脳炎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
眼科 定点	急性出血性結膜炎	0.01	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	流行性角結膜炎	0.04	—	—	—	—	—	0.25	—	—	—	—	0.14	0.2	0.25	—	—	—	—
基幹 定点	細菌性髄膜炎	0.02	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	無菌性髄膜炎	0.02	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	マイコプラズマ肺炎	1.00	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	クラミジア肺炎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	感染性胃腸炎 (病原体ロタに限る)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	インフルエンザによる入院患者	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	COVID19による入院患者	1.00	—	—	—	1.00	—	—	5.50	10.00	—	4.00	3.00	—	4.00	2.00	—	—	—

定点把握対象疾患 報告数 【年齢階級別】

		0～5カ月	6～11カ月	1～3歳	4～6歳	7～9歳	10～14歳	15～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳以上
インフルエンザ／ COVID-19 定点	インフルエンザ	7	5	47	84	62	83	35	19	29	20	11	5	7	1
	COVID19	13	23	44	20	15	32	32	44	57	62	62	49	60	52
小児科 定点	RSウイルス感染症	9	12	59	4	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	咽頭結膜熱	—	3	28	10	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	A群溶血性レンサ球菌咽頭炎	—	—	113	197	102	58	4	9	—	—	—	—	—	—
	感染性胃腸炎	5	25	164	142	61	32	8	27	—	—	—	—	—	—
	水痘	—	2	3	7	8	10	—	—	—	—	—	—	—	—
	手足口病	—	1	41	7	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	伝染性紅斑	—	—	1	0	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	突発性発しん	—	12	27	0	0	1	—	—	—	—	—	—	—	—
	ヘルパンギーナ	—	1	6	1	0	1	—	—	—	—	—	—	—	—
	流行性耳下腺炎	—	—	0	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	川崎病	—	1	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	マイコプラズマ肺炎	—	—	2	3	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—
	細菌性髄膜炎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	無菌性髄膜炎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	急性脳炎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
眼科 定点	急性出血性結膜炎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	流行性角結膜炎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
基幹 定点	細菌性髄膜炎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	無菌性髄膜炎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	マイコプラズマ肺炎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	クラミジア肺炎	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	感染性胃腸炎 (病原体ロタに限る)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	インフルエンザによる入院患者	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	COVID19による入院患者	2	—	—	—	—	2	—	—	1	1	3	2	7	18

全数把握対象疾患発生状況

令和6年ー14週(R6.4.1～R6.4.7)

感染症 類 型	日付 疾病名	福岡累計					福岡					全国
		2019	2020	2021	2022	2023	11週 3/11～	12週 3/18～	13週 3/25～	14週 4/1～	24年 累計	14週 4/1～
二類	結核	988	759	757	733	718	16	15	15	17	215	238
三類	細菌性赤痢	7	1			1						
	腸管出血性大腸菌感染症	198	181	182	254	215	5	3	3	2	24	21
	腸チフス	1				2					1	3
	パラチフス	1										1
四類	E型肝炎	8	4	6	1	9					3	9
	A型肝炎	6	5	2	5	3						3
	エムボックス					1						1
	ジカウイルス感染症					1						
	重症熱性血小板減少症候群	6	2	1	5	2						1
	チクングニア熱	2			1	1						
	つつが虫病	5	4	3	7	6						
	デング熱	16	1		10	14					1	3
	日本紅斑熱	6		7	6	11						1
	ポツリヌス症		1									
	マラリア	2	2		1	2		1			1	2
	ライム病	2			1	1						
	レジオネラ症	79	56	60	71	89		1		2	14	31
	レプトスピラ症			1	3							
五類	アメーバ赤痢	31	14	17	26	22			3		7	6
	ウイルス性肝炎	13	13	8	6	9						4
	カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症	111	116	128	110	112		3	2		20	21
	急性弛緩性麻痺	4	2		3	5						
	急性脳炎	41	24	22	22	35					6	7
	クリプトスポリジウム症		1			2						2
	クロイツフェルト・ヤコブ病	8	3	7	9	6					2	2
	劇症型溶血性レンサ球菌感染症	31	26	23	32	48	1	4	1	2	25	41
	後天性免疫不全症候群	73	41	54	63	59	2		1	1	18	14
	ジアルジア症		1	2	2	1		1	1		2	1
	侵襲性インフルエンザ菌感染症	36	14	14	13	19	1	1			5	6
	侵襲性髄膜炎菌感染症	1			1							
	侵襲性肺炎球菌感染症	177	79	81	64	89	5	1	1	3	34	41
	水痘(入院例に限る)	28	17	16	5	12	1				6	5
	梅毒	277	314	348	566	942	10	10	14	12	200	172
	播種性クリプトコックス症	6	6	5	3	10				1	2	8
	破傷風	3	3	2	3	6						
	バンコマイシン耐性腸球菌感染症	2	9	3	5	4						
	百日咳	977	105	29	25	24	1		1	1	13	27
	風しん	84	5		1	1						1
	麻疹	14	1	1								
	薬剤耐性アシネトバクター感染症		1	1	1							
計		326	325	352	307	285	42	40	42	41	599	672

全数把握対象疾患発生状況（保健所別）

令和6年－14週（R6.4.1～R6.4.7）

感染症 類 型	保健所 疾病名																		
		中央	博多	南	早良	東	西	城南	北九州市	久留米市	宗像・遠賀	粕屋	筑紫	糸島	田川	北筑後	南筑後	京築	嘉穂・鞍手
二類	結核								6	1		2	1		1				6
三類	細菌性赤痢																		
	腸管出血性大腸菌感染症															1	1		
	腸チフス																		
	パラチフス																		
四類	E型肝炎																		
	A型肝炎																		
	エムボックス																		
	ジカウイルス感染症																		
	重症熱性血小板減少症候群																		
	チクングニア熱																		
	つつが虫病																		
	デング熱																		
	日本紅斑熱																		
	ボツリヌス症																		
	マラリア																		
	ライム病																		
	レジオネラ症																1		1
	レプトスピラ症																		
五類	アメーバ赤痢																		
	ウイルス性肝炎																		
	カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症																		
	急性弛緩性麻痺																		
	急性脳炎																		
	クリプトスポリジウム症																		
	クロイツフェルト・ヤコブ病																		
	劇症型溶血性レンサ球菌感染症			1					1										
	後天性免疫不全症候群									1									
	ジアルジア症																		
	侵襲性インフルエンザ菌感染症																		
	侵襲性髄膜炎菌感染症																		
	侵襲性肺炎球菌感染症									1			2						
	水痘（入院例に限る）																		
	梅毒	4	1	2		1			1			2				1			
	播種性クリプトコックス症									1									
	破傷風																		
	バンコマイシン耐性腸球菌感染症																		
	百日咳			1															
	風しん																		
	麻疹																		
薬剤耐性アシネトバクター感染症																			
計		4	1	4		1			8	4		4	3		1	1	2	1	7

感染症情報

福岡県結核・感染症発生動向調査解析委員会 月 報 令和6年—第2号

I. 患 者 情 報

福岡県における主要感染症（性感染症を除く）の患者報告数は56,181人であった。最も報告数が多かったのはインフルエンザで38,142人、次いで、新型コ

ロナウイルス感染症が9,347人、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎が4,543人であった。

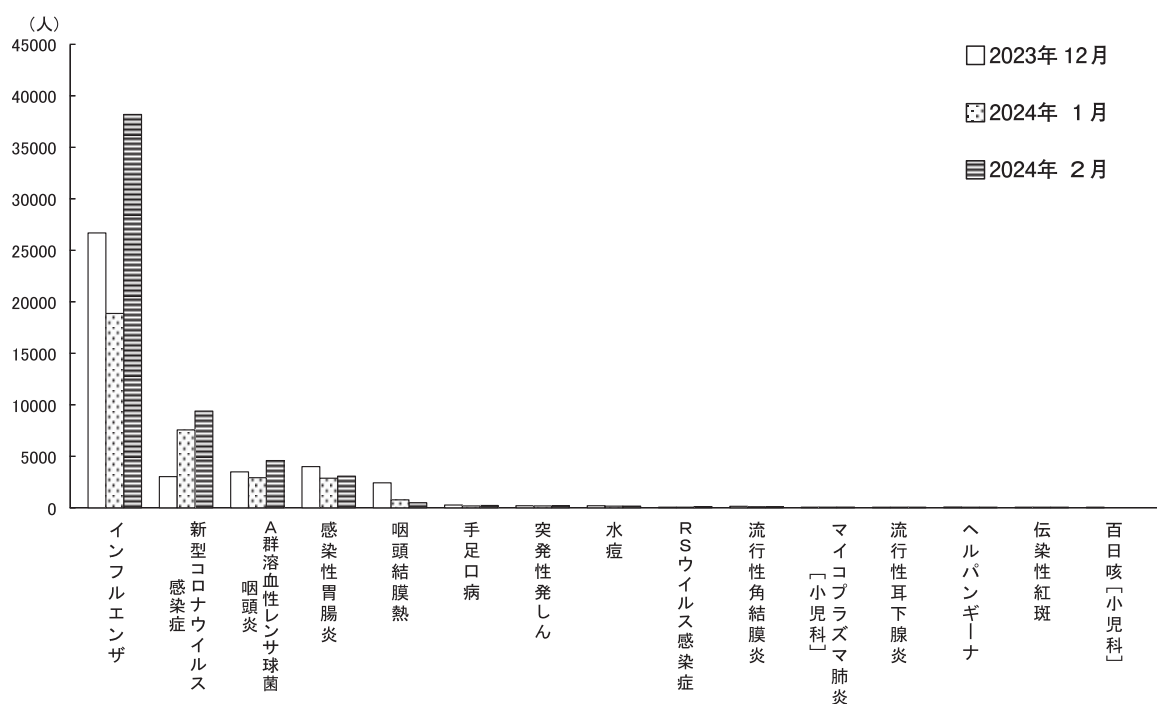


図1 主要感染症の月別報告数

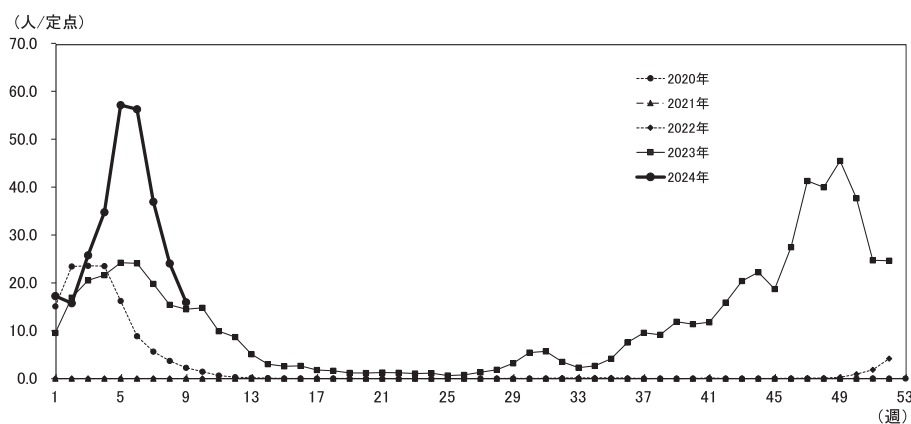
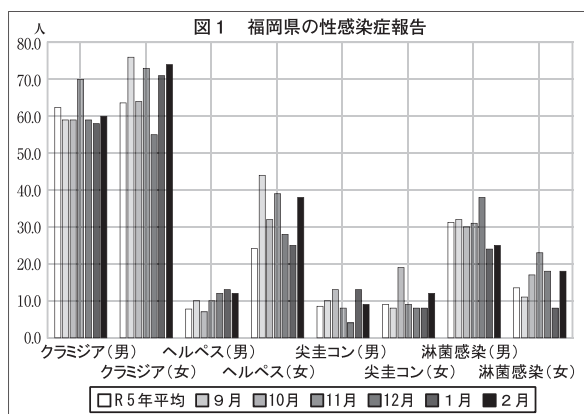


図2 インフルエンザの定点当たり報告数の推移

Ⅱ. ウイルス検査情報

2月に新たに搬入された検体は37件であった。内訳は、インフルエンザ21件、咽頭結膜熱6件、感染性胃腸炎3件、流行性耳下腺炎1件、RSウイルス感染症3件、突発性発しん1件、伝染性紅斑1件、水痘1件であった。

2月に新たに同定されたウイルスは52件であった。内訳は、インフルエンザの検体からインフルエンザウイルスA/H3型が18件、インフルエンザウイルスA/H1pdm09型が14件、インフルエンザウイルスB/Victoria系統が11件、咽頭結膜熱の検体からコクサッキーウイルスB2型が1件、インフルエンザウイルスB/Victoria系統が1件、アデノウイルス3型が1件、感染性胃腸炎の検体からノロウイルスGⅡ.4+サポウイルスが1件、ノロウイルスGⅡ.4+アデノウイルス2型が1件、手足口病の検体からコクサッキーウイルスA10型が1件、RSウイルス感染症の検体からライノウイルスが1件、コクサッキーウイルスB5型が1件、その他の検体からアデノウイルス3型が1件検出された。



Ⅲ. 性感染症情報

令和6年2月の全県37定点の性感染症報告患者数は、性器クラミジア感染症134、性器ヘルペスウイルス感染症50、尖圭コンジローマ21、淋菌感染症43で総計248(男106、女142)、男女比1:1.34で女が多かった。1月の報告数を先月と比較すると、合計では28増加(男2減少、女30増加)した。性別による疾患頻度は、男はクラミジア(57%)、淋菌(24%)、ヘルペス(11%)、コンジローマ(8%)で、女はクラミジア(52%)、ヘルペス(27%)、淋菌(13%)、コンジローマ(8%)の順であった。月別の疾患別の報告件数の変遷をグラフにし、左端に令和5年の月平均を示した(図1)。疾患別では、前月と比較して女のヘルペス、淋菌、コンジローマが増加した。ブロック別では(表1)、北九州で女のヘルペス、コンジローマが増加、福岡で男の淋菌が増加、コンジローマが減少、女のヘルペス、淋菌が増加、筑後で男の淋菌が減少した。

2月の梅毒報告数(全数報告)は全国で1,282人(累計1,999人)、福岡県で70人(累計121人)であった。昨年1～2月の累計報告数は、全国で1,937人、福岡県で98人であり、福岡県では増加が続いていると考えてよい。

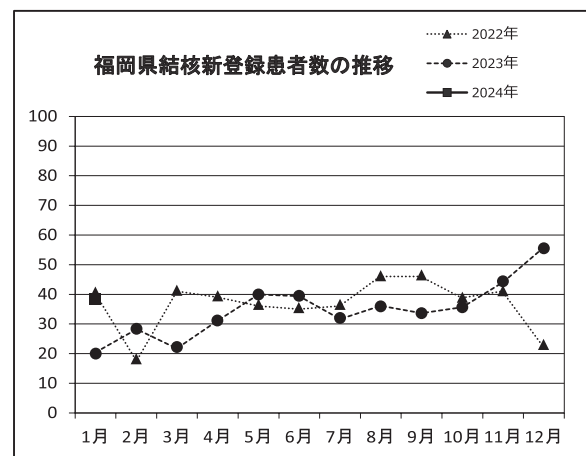
表1 福岡県感染症発生動向調査(性感染症) 令和6年2月

疾患名 (定点数)	性	北九州 (9)	福岡 (15)	筑豊 (5)	筑後 (8)	合計 (37)	定点当
性器クラミジア感染症	男	7	38	6	9	60	1.58
	女	22	42	5	5	74	1.95
性器ヘルペス ウイルス感染症	男	0	8	1	3	12	0.32
	女	13	19	3	3	38	1.00
尖圭コンジローマ	男	2	6	1	0	9	0.24
	女	5	6	0	1	12	0.32
淋菌感染症	男	3	20	2	0	25	0.66
	女	5	11	0	2	18	0.47
合計		57	150	18	23	248	6.70

Ⅳ. 結核情報（令和6年1月分）

- 1月の新登録患者数は39人であり、先月より17人減っており、昨年1月（21人）と比較すると18人増えている。
- 性別では女性より男性が多く、年齢別では、60歳以上が84.6%、80歳以上は64.1%と高齢者の占める割合は高い水準となっている。
- 発見方法別では医療機関受診例が84.6%と最も多く、健診発見例は12.8%であった。
- 喀痰塗抹陽性例は17人で、活動性肺結核に占める割合は62.9%であった。また、何らかの検査で菌陽性が確認できた割合は96.2%である。
- 潜在性結核感染症者は、先月より5人減って20人であった。
- 新登録患者数は先月より減少しているが、今後とも患者数の動向を注視すべきと思われる。

*記載の値は速報値である。



1. 新登録患者数		
計	男	女
39	21	18
(56)	(27)	(29)

2. 年齢別									
計	0～9歳	10～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳以上
39	1	0	2	3	0	0	2	6	25
(56)	(0)	(0)	(6)	(1)	(2)	(5)	(1)	(9)	(32)

3. 患者発見方法別				
計	健診	医療機関受診	その他	不明
39	5	33	1	0
(56)	(10)	(46)	(0)	(0)

4. 活動性肺結核				
計	喀痰塗抹陽性		その他の菌陽性	菌陰性・その他
	初回治療	再治療		
27	16	1	9	1
(39)	(12)	(0)	(22)	(5)

5. 潜在性結核感染症（別掲）		
計	男	女
20	13	7
(25)	(12)	(13)

（ ）は前月の実数

福岡県医師会ホームページ



感染症発生動向
調査ページへ

感染症発生動向調査 週間コメント

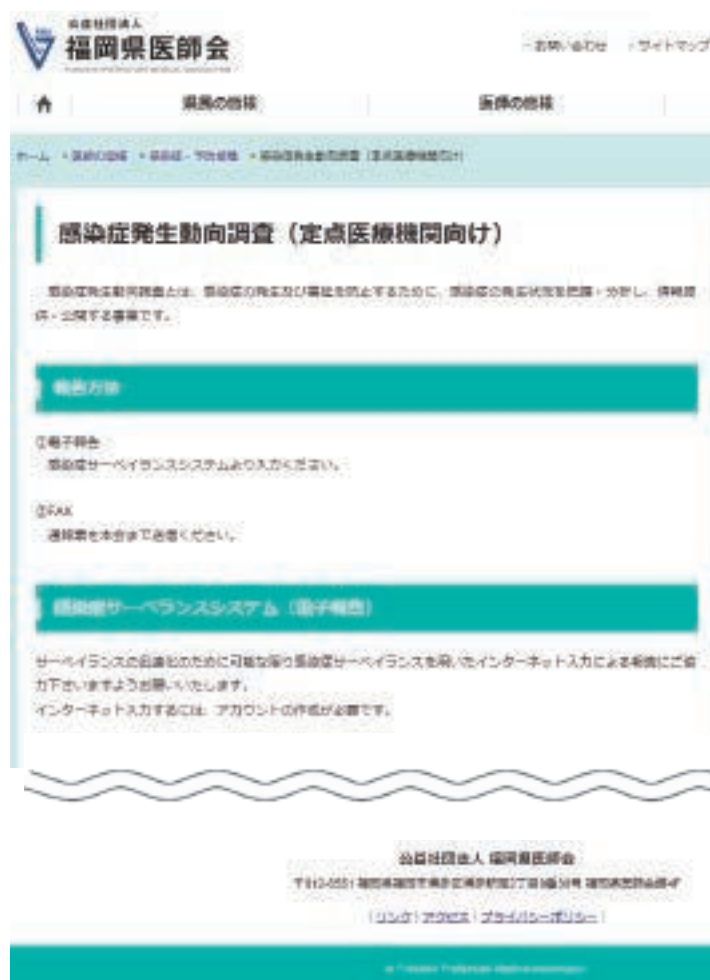
[illegible]

福岡県医師会ホームページ

感染症発生動向
調査ページへ



感染症発生動向調査（定点医療機関向け）



V) 記

事

1) 令和6年度福岡県結核・感染症発生動向調査委員会委員名簿

	氏 名	住 所	所 属
	石 井 義 輝	北九州市小倉北区下到津1-12-14	小倉第一病院
	大 嶋 昭 雄	糟屋郡篠栗町尾仲496-2	おおしまこどもクリニック
	肘 井 孝 之	飯塚市川津84-1	ひじい小児科クリニック
	富 田 泰 生	朝倉市甘木1523-1	富田内科医院
◎	青 木 知 信	福岡市西区生の松原3-18-8	西福岡病院
◎	岡 田 賢 司	福岡市早良区田村2-15-1	福岡歯科大学医科歯科総合病院
○	池 松 秀 之	福岡市博多区博多駅東2-18-30 八重洲博多ビル607	リチエルカクリニック
○	濱 砂 良 一	北九州市小倉北区金田1-3-1	新小倉病院
○	原 田 英 治	北九州市小倉北区馬借2-1-1	北九州市立医療センター
○	的 野 多加志	飯塚市芳雄町3-83	飯塚病院
○	齋 藤 光 正	北九州市八幡西区医生ヶ丘1-1	産業医科大学
	吉 富 文 昭	太宰府市宰府2-9-13	福岡県眼科医会
	湯 元 康 夫	福岡市城南区七隈3-4-3	福岡県産婦人科医会
	安 元 慎 一 郎	筑紫野市針摺中央2-4-1 西鉄朝倉街道ビル2F	福岡県臨床皮膚科医会
○	田 中 義 人	太宰府市大字向佐野39	福岡県保健環境研究所
○	石 田 浩 二	福岡市博多区東公園7-7	福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課
○	正 野 のぞみ	北九州市小倉北区城内1-1	北九州市保健福祉局保健所保健企画課
○	江 野 功 太 郎	福岡市中央区天神1-8-1	福岡市保健医療局保健所健康危機管理部 健康危機管理課
	倉 富 和 也	久留米市城南町15-5	久留米市健康福祉部保健所保健予防課
○	稲 光 毅	福岡市西区拾六町3-8-13	いなみつこどもクリニック
○	伊 藤 重 彦	北九州市八幡東区尾倉2-6-2	北九州市立八幡病院
○	宗 宏 伸	北九州市戸畑区沢見2-5-1	戸畑共立病院

◎…委員長・解析委員長
◎…副委員長・副解析委員長
○…解析委員

順不同

2) 令和6年度福岡県結核・感染症発生動向調査研修会

令和6年度結核・感染症発生動向調査研修会

△と き：令和7年3月15日（土）15:00~17:30

△ところ：福岡県医師会館 5階大ホール

福岡市博多区博多駅南2丁目9-30

1. 開 会

2. 挨拶

3. 1年間の経過報告

- | | | |
|-----------|---------------------|---------|
| ①一般感染症 | 結核・感染症発生動向調査委員会解析委員 | 田 中 義 人 |
| ②予防接種対象疾患 | 結核・感染症発生動向調査委員会副委員長 | 岡 田 賢 司 |
| ③S T D | 結核・感染症発生動向調査委員会解析委員 | 濱 砂 良 一 |
| ④結 核 | 結核・感染症発生動向調査委員会解析委員 | 原 田 英 治 |
| ⑤総 括 | 結核・感染症発生動向調査委員会委員長 | 青 木 知 信 |

4. 特別講演

演 題：「急性呼吸器感染症（ARI）サーベイランスについて」

講 師：厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部感染症対策課

課長 荒 木 裕 人

座 長：結核・感染症発生動向調査委員会

委員長 青 木 知 信

5. 情報提供

演 題：「福岡県における急性呼吸器感染症（ARI）サーベイランスについて」

講 師：福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課

企画監 川 原 朋 子

6. 閉 会

3) 令和6年感染症発生動向調査定点観測医療機関名簿

保健所名	保健所コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
北九州市	4015	5005	東和病院	益川理美子	今 井 昌 一	北九州市小倉南区守恒本町	内・児	インフルエンザ	
北九州市	4015	5002	霧ヶ丘つだ病院	津 田 徹	津 田 徹	北九州市小倉北区霧ヶ丘	内・呼	インフルエンザ	○
北九州市	4015	5003	小倉さふね病院	松 井 豊	松 井 豊	北九州市小倉北区貴船	内	インフルエンザ	
北九州市	4015	5004	北九州市立夜間・休日急患センター	渡邊真由美	池 田 保 夫	北九州市小倉北区馬借	内・児	インフルエンザ	
北九州市	4015	5007	北九州市立八幡病院北九州市立小児救急・小児総合医療センター	岡 本 好 司	今 村 徳 夫	北九州市八幡東区尾倉	内・児	インフルエンザ	○
北九州市	4015	5009	二階堂内科呼吸器科クリニック	二階堂義彦	二階堂義彦	北九州市八幡西区千代ヶ崎	内・呼	インフルエンザ	
北九州市	4015	5371	大島呼吸器内科クリニック	大 島 司	大 島 司	北九州市八幡西区熊手	内・呼	インフルエンザ	
北九州市	4015	5381	谷内科クリニック	谷 良 樹	谷 良 樹	北九州市八幡西区西神原町	内・循・アレ	インフルエンザ	
北九州市	4015	5006	(医)日野内科医院	日 野 雄 二	日 野 雄 二	北九州市戸畑区東大谷	内・消・循	インフルエンザ	
北九州市	4015	5366	手島内科医院	手 島 久 文	手 島 久 文	北九州市若松区今光	内	インフルエンザ	
北九州市	4015	5363	(医)鵜木医院	鵜 木 秀 明	鵜 木 秀 明	北九州市門司区社ノ木	内	インフルエンザ	
北九州市	4015	6341	ふくむら小児科	古 賀 敦 子	古 賀 敦 子	北九州市門司区錦町	児	小児科	
北九州市	4015	6365	小松医院	小 松 千 代	小 松 千 代	北九州市門司区東本町	児・内	小児科	
北九州市	4015	6377	吉村こどもクリニック	吉 村 和 子	吉 村 和 子	北九州市門司区大里戸ノ上	児	小児科	
北九州市	4015	6014	(医)そお小児科クリニック	宗 秀 典	宗 稔	北九州市小倉南区上曾根	児・内	小児科	
北九州市	4015	6026	佐藤こどもクリニック	佐 藤 克 子	佐 藤 克 子	北九州市小倉南区若園	児・内・アレ	小児科	
北九州市	4015	6263	ひらのサンタキッズクリニック	平 野 稔 喜	平 野 稔 喜	北九州市小倉南区上吉田	児	小児科	
北九州市	4015	6295	ひらの子どもクリニック	平 野 英 敏	平 野 英 敏	北九州市小倉南区南方	児	小児科	
北九州市	4015	6346	おかざきこどもクリニック	岡 崎 覚	岡 崎 覚	北九州市小倉南区企救丘	児	小児科	○
北九州市	4015	6015	北九州市立夜間・休日急患センター	渡邊真由美	池 田 保 夫	北九州市小倉北区馬借	内・児	小児科	
北九州市	4015	6016	北九州市立医療センター小児科	中 野 徹	日 高 靖 文	北九州市小倉北区馬借	児・内	小児科	
北九州市	4015	6262	よしだ小児科医院	吉田ゆかり	吉 田 雄 司	北九州市小倉北区馬借	児	小児科	
北九州市	4015	6312	田中こどもクリニック	田 中 正 章	田 中 正 章	北九州市小倉北区篠崎	児	小児科	
北九州市	4015	6020	橋爪小児科内科医院	橋 爪 廣 好	橋 爪 廣 好	北九州市八幡東区大蔵	児・内	小児科	
北九州市	4015	6021	北九州市立八幡病院小児科	岡 本 好 司	今 村 徳 夫	北九州市八幡東区尾倉	児・内	小児科	
北九州市	4015	6019	(医)みやけクリニック	三 宅 巧	三 宅 巧	北九州市八幡西区陣山	内・児	小児科	○
北九州市	4015	6264	(医)ともなが小児科医院	朝 長 恭 二	朝 長 恭 二	北九州市八幡西区木屋瀬東	児	小児科	
北九州市	4015	6313	(医)だいらく小児科医院	大 楽 雅 史	大 楽 雅 史	北九州市八幡西区大浦	児	小児科	
北九州市	4015	6321	いわさき小児科内科	岩 崎 哲 巳	眞名子彩香	北九州市八幡西区浅川学園台	児・内	小児科	
北九州市	4015	6349	永犬丸小児科医院	金 平 榮	金 奉 吉	北九州市八幡西区三ヶ森	児	小児科	
北九州市	4015	6219	大原小児科医院	大 原 延 年	大 原 延 年	北九州市戸畑区千防	児	小児科	○
北九州市	4015	6378	西村医院	西村慎太郎	西村慎太郎	北九州市八幡西区楠橋上方	内・児	小児科	
北九州市	4015	6024	こむら小児科医院	古 村 速	古 村 速	北九州市若松区塩屋	児	小児科	
北九州市	4015	6265	つだこどもクリニック	津田恵次郎	津田恵次郎	北九州市若松区本町	児・アレ	小児科	
北九州市	4015	6266	(医)あまもと小児科医院	天 本 祐 輔	天 本 祐 輔	北九州市若松区高須東	児・内	小児科	
北九州市	4015	7285	(医)清光会藤井眼科医院	藤 井 清 一	藤 井 清 一	北九州市門司区高田	眼	眼科	
北九州市	4015	7029	三村眼科医院	仙 石 昭 仁	仙 石 昭 仁	北九州市小倉北区大門	眼	眼科	○
北九州市	4015	7340	にしだ眼科医院	西 田 進 五	西 田 進 五	北九州市小倉南区朽綱東	眼	眼科	
北九州市	4015	7325	鈴木眼科クリニック	鈴 木 亨	鈴 木 亨	北九州市若松区東二島	眼	眼科	
北九州市	4015	7341	ゆかりアイクリニック	黒田由賀里	黒田由賀里	北九州市八幡西区折尾	眼	眼科	
北九州市	4015	7342	荒川眼科医院	荒 川 聡	荒 川 聡	北九州市八幡西区岡田町	眼	眼科	

保健所名	保健所 コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
北 九 州 市	4015	8253	北九州総合病院	永 田 直 幹	宮 崎 明 男	北九州市小倉北区東城野町	産・婦・泌	STD	
北 九 州 市	4015	8326	かわい泌尿器科クリニック	川 井 修 一	川 井 修 一	北九州市小倉北区馬借	泌	STD	
北 九 州 市	4015	8327	レディースクリニックくわのきみこ	桑野貴巳子	桑野貴巳子	北九州市小倉北区船場町	産・婦	STD	
北 九 州 市	4015	8343	(医)横溝医院	松 尾 健 三	松 尾 健 三	北九州市八幡東区祝町	皮	STD	
北 九 州 市	4015	8254	エンゼル病院	吉 村 宜 純	高 尾 幸 介	北九州市八幡西区友田	産・婦	STD	
北 九 州 市	4015	8280	井上産婦人科クリニック	井 上 統 夫	井 上 統 夫	北九州市八幡西区黒崎	産・婦	STD	
北 九 州 市	4015	8307	さとうレディースクリニック	倉 島 雅 子	倉 島 雅 子	北九州市八幡西区鷹の巣	産・内	STD	
北 九 州 市	4015	8345	(医)山元泌尿器科医院	山 元 明 治	山 元 明 治	北九州市若松区高須東	泌・内	STD	
北 九 州 市	4015	9212	北九州市立医療センター	中 野 徹	真 柴 晃 一	北九州市小倉北区馬借	内・児・外	基幹	○
北 九 州 市	4015	9213	北九州市立八幡病院	岡 本 好 司	岡 本 好 司	北九州市八幡東区尾倉	児・内・外	基幹	○
宗像・遠賀	4057	5098	須子医院	須 子 保	須 子 保	遠賀郡芦屋町山鹿	内・児	インフルエンザ	
宗像・遠賀	4057	5099	田中ひろし小児内科医院	田 中 耕 一	田 中 耕 一	遠賀郡岡垣町大字高倉	内・児・循	インフルエンザ	
宗像・遠賀	4057	5322	(医)寛晴会 上田医院	上 田 寛	上 田 寛	福津市宮司	内・児	インフルエンザ	
宗像・遠賀	4057	5373	葉山クリニック	撫 中 正 博	撫 中 正 博	宗像市葉山	内	インフルエンザ	
宗像・遠賀	4057	5355	(医)さがら内科循環器科医院	相 良 洋 治	相 良 洋 治	宗像市田熊	循・内	インフルエンザ	
宗像・遠賀	4057	6222	田中ひろし小児・内科医院	田 中 耕 一	田 中 耕 一	遠賀郡岡垣町大字高倉	児	小児科	
宗像・遠賀	4057	6331	遠賀中間医師会おなが病院	杉 町 圭 蔵	北 島 直 子	遠賀郡遠賀町大字尾崎	児	小児科	
宗像・遠賀	4057	6221	(医)つだ小児科医院	津田文史朗	津田文史朗	遠賀郡水巻町梅ノ木団地	児	小児科	
宗像・遠賀	4057	6106	(医)まつなが小児科医院	松 永 遼	松 永 遼	福津市宮司浜	児	小児科	
宗像・遠賀	4057	6320	あいだ医院	間 克 麿	間 克 麿	福津市東福岡	児・内	小児科	○
宗像・遠賀	4057	6108	(医)一木こどもクリニック	一 木 貞 徳	一 木 貞 徳	宗像市東郷	児	小児科	
宗像・遠賀	4057	6372	(医)片山医院	片 山 幸 樹	片 山 幸 樹	宗像市稲元	児	小児科	
宗像・遠賀	4057	7102	山名眼科医院	山 名 泰 生	山 名 泰 生	中間市鍋山町	眼	眼科	
宗像・遠賀	4057	7109	宗像眼科クリニック	吉 川 暢 子	吉 川 暢 子	宗像市田熊	眼	眼科	
宗像・遠賀	4057	8349	宗像セントラルクリニック	川 浪 大 郎	川 浪 大 郎	宗像市宮田	産・婦	STD	
宗像・遠賀	4057	9203	宗像医師会病院	伊 東 裕 幸	藤 健 太 郎	宗像市田熊	内	基幹	○
京 築	4075	5178	(医)起生会大原病院	進 浩 和	篠 崎 み さ	行橋市宮市町	内	インフルエンザ	
京 築	4075	5180	野中内科クリニック	野 中 史 郎	野 中 史 郎	築上郡上毛町大字宇野	内	インフルエンザ	
京 築	4075	5179	(医)二見医院	二見玄次郎	二見玄次郎	築上郡築上町大字築城	内・外	インフルエンザ	
京 築	4075	6299	たじり小児科医院	田 尻 京 子	田 尻 京 子	京都郡苅田町神田町	児	小児科	
京 築	4075	6182	高尾医院	高 尾 信 義	高 尾 信 義	行橋市行事	児	小児科	
京 築	4075	6223	(医)ゆげ子どもクリニック	弓 削 建	弓 削 建	行橋市南大橋	児	小児科	○
京 築	4075	6183	まえだ小児科医院	前 田 公 史	前 田 公 史	豊前市大字八屋	児・内	小児科	
京 築	4075	6224	(医)けやき会東病院	東 雅 司	東 隆 司	築上郡吉富町大字広津	内・児	小児科	
京 築	4075	7330	武田眼科クリニック	武 田 秀 利	武 田 秀 利	京都郡苅田町与原	眼	眼科	
京 築	4075	8353	しんもと産婦人科	進 本 正 浩	進 本 正 浩	行橋市行事	産	STD	
京 築	4075	9301	新行橋病院	正 久 康 彦	中 村 恵 一	行橋市道場寺	外・消・内	基幹	○
福 岡 市 東	4012	5382	かわさき内科循環器科クリニック	川 崎 純 也	山 下 順 子	福岡市東区香椎浜	内・循・呼	インフルエンザ	
福 岡 市 東	4012	5075	千早病院内科	道 免 和 文	道 免 和 文	福岡市東区千早	内	インフルエンザ	
福 岡 市 東	4012	5293	増田内科小児科医院	増 田 登	増 田 登	福岡市東区馬出	内・児	インフルエンザ	
福 岡 市 東	4012	5335	中村内科医院	中 村 晋	中 村 晋	福岡市東区舞松原	内	インフルエンザ	○

保健所名	保健所 コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
福岡市東	4012	6038	福岡市立こども病院	楠 原 浩 一	保 科 隆 之	福岡市東区香椎照葉	児	小児科	○
福岡市東	4012	6076	(医)もりやす小児科医院	森 安 善 生	森 安 善 生	福岡市東区御島崎	児	小児科	○
福岡市東	4012	6268	(医)あおばクリニック	伊 藤 大 樹	渡 部 な つ き	福岡市東区青葉	児・内	小児科	
福岡市東	4012	6329	なんり小児科	南 里 月 美	岩 田 美 香	福岡市東区千早	児	小児科	
福岡市東	4012	6338	(医)荒木小児科	荒 木 速 雄	荒 木 速 雄	福岡市東区香椎駅前	児・アレ	小児科	
福岡市東	4012	7339	福岡和白病院	富 永 隆 治	村 田 浩 司	福岡市東区和白丘	眼	眼科	
福岡市東	4012	9201	福岡市立こども病院	楠 原 浩 一	保 科 隆 之	福岡市東区香椎照葉	児	基幹	○
福岡市博多	4009	5297	(医)森クリニック	森 幸 司	森 幸 司	福岡市博多区下川端町	内・胃	インフルエンザ	
福岡市博多	4009	5326	やまじ内科クリニック	山路浩三郎	山路浩三郎	福岡市博多区住吉	内・糖尿・ 肝内・循内	インフルエンザ	
福岡市博多	4009	5345	(医)相生会ピーエスクリニック	都 留 智 巳	都 留 智 巳	福岡市博多区店屋町	内	インフルエンザ	
福岡市博多	4009	6049	(医)梅野小児科内科医院	古 山 正 大	中 菌 絵 理	福岡市博多区千代	児・内	小児科	
福岡市博多	4009	6051	中尾小児科医院	中 尾 太	中 尾 太	福岡市博多区中呉服町	児	小児科	
福岡市博多	4009	6339	高岸小児科医院	高 岸 智 也	高 岸 智 也	福岡市博多区銀天町	児	小児科	
福岡市博多	4009	6358	(医)くらおかしょうこどもクリニック	倉 岡 抄 子	倉 岡 抄 子	福岡市博多区諸岡	小	小児科	
福岡市博多	4009	7052	(医)松井医仁会大島眼科病院	松 井 孝 明	熊 埜 御 堂 太	福岡市博多区上呉服町	眼	眼科	○
福岡市博多	4009	8053	原三信病院泌尿器科	原 直 彦	横 溝 晃	福岡市博多区大博町	泌	STD	
福岡市博多	4009	8054	原三信病院産婦人科	原 直 彦	弓 削 乃 利 人	福岡市博多区大博町	婦・不	STD	
福岡市博多	4009	8255	(医)森下産婦人科医院	森 下 哲 哉	森 下 富 士 夫	福岡市博多区店屋町	産・婦	STD	
福岡市中央	4008	5043	梶山医院	梶 山 渉	梶 山 渉	福岡市中央区春吉	内・児	インフルエンザ	
福岡市中央	4008	5367	(医)佐藤クリニック	佐 藤 茂	佐 藤 茂	福岡市中央区平尾	内	インフルエンザ	
福岡市中央	4008	5045	(医)平田内科・胃腸科クリニック	平 田 泰 彦	平 田 泰 彦	福岡市中央区鳥飼	内	インフルエンザ	
福岡市中央	4008	6352	(医)大名よねくら小児科クリニック	米 倉 順 孝	米 倉 順 孝	福岡市中央区大名	児	小児科	
福岡市中央	4009	6356	桜坂なかやまこどもクリニック	中 山 英 樹	中 山 英 樹	福岡市中央区桜坂	児	小児科	
福岡市中央	4008	6359	(医)かわのキッズ・クリニック	河 野 輝 宏	河 野 輝 宏	福岡市中央区平和	児	小児科	
福岡市中央	4008	7039	(医)清澤眼科医院	清 澤 崇 昂	清 澤 崇 晃	福岡市中央区渡辺通	眼	眼科	
福岡市中央	4008	8041	占部医院	占 部 篤 道	占 部 篤 道	福岡市中央区西中洲	皮・泌	STD	
福岡市中央	4008	8339	さぎやま泌尿器クリニック	鷺 山 和 幸	鷺 山 和 幸	福岡市中央区天神	泌	STD	
福岡市中央	4008	8341	森レディースクリニック	森 俊 介	森 俊 介	福岡市中央区高砂	産婦・内	STD	
福岡市中央	4008	9200	国立病院機構九州医療センター	岩 崎 浩 己	長 崎 洋 司	福岡市中央区地行浜	内・児・泌	基幹	○
福岡市南	4010	5383	たけや内科胃腸科医院	武 谷 慎 司	武 谷 慎 司	福岡市南区大橋	内・消内・糖尿内	インフルエンザ	
福岡市南	4010	5056	徳永内科医院	徳 永 尚 登	徳 永 尚 登	福岡市南区横手	内・呼	インフルエンザ	
福岡市南	4010	5059	小林内科小児科糖尿病内科医院	小 林 研 次	小 林 研 次	福岡市南区高宮	内・児	インフルエンザ	
福岡市南	4010	5336	野口内科クリニック	野 口 秀 哉	野 口 秀 哉	福岡市南区屋形原	内	インフルエンザ	
福岡市南	4010	6379	あおみ小児科医院	青 見 裕 子	青 見 裕 子	福岡市南区向野	児	小児科	
福岡市南	4010	6060	国立病院機構福岡病院	吉 田 誠	吉 田 誠	福岡市南区屋形原	内・児・外	小児科	○
福岡市南	4010	6374	いでこどもアレルギークリニック	井 手 康 二	井 手 康 二	福岡市南区横手	児	小児科	
福岡市南	4010	6062	(医)賢寿会井上小児科医院	井 上 寿 郎	井 上 寿 郎	福岡市南区柏原	児	小児科	
福岡市南	4010	6332	くろかわみちこ小児科クリニック	黒川美知子	黒川美知子	福岡市南区大橋	児	小児科	
福岡市南	4010	7248	にしだ眼科医院	西 田 博	西 田 博	福岡市南区大橋	眼	眼科	
福岡市南	4010	8296	(医)すみい婦人科クリニック	澄 井 敬 成	澄 井 敬 成	福岡市南区平和	婦	STD	
福岡市城南	4014	5085	英内科クリニック	田 中 英 明	田 中 英 明	福岡市城南区茶山	内・児	インフルエンザ	

保健所名	保健所 コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
福岡市城南	4014	5086	(医)博和会武元内科クリニック	武 元 良 祐	武 元 良 祐	福岡市城南区樋井川	内・消	インフルエンザ	○
福岡市城南	4014	6088	しんどう小児科医院	進 藤 静 生	進 藤 静 生	福岡市城南区神松寺	児	小児科	
福岡市城南	4014	6226	(医)井上四郎小児科医院	井上秀一郎	井上秀一郎	福岡市城南区樋井川	児	小児科	
福岡市城南	4014	6333	内田こどもクリニック	内 田 理 彦	内 田 理 彦	福岡市城南区別府	児	小児科	
福岡市城南	4014	7279	(医)安武眼科医院	安 武 哲 朗	安 武 哲 朗	福岡市城南区金山団地	眼	眼科	
福岡市早良	4011	5064	中村医院	中 村 尚 徳	中 村 尚 徳	福岡市早良区内野	内	インフルエンザ	
福岡市早良	4011	5289	(医)しばおクリニック	芝 尾 敬 吾	芝 尾 敬 吾	福岡市早良区百道浜	循・内・児	インフルエンザ	
福岡市早良	4011	5325	さかうえ内科循環器科クリニック	坂 上 明 彦	坂 上 明 彦	福岡市早良区藤崎	内・循	インフルエンザ	
福岡市早良	4011	6067	中野こどもクリニック	中 野 光 郎	中 野 光 郎	福岡市早良区田村	児	小児科	
福岡市早良	4011	6068	福岡市立急患診療センター	菊 池 仁 志	諫 山 真	福岡市早良区百道浜	児・内	小児科	
福岡市早良	4011	6069	(医)松本小児科医院	松 本 一 郎	松 本 一 郎	福岡市早良区西新	児	小児科	
福岡市早良	4011	6070	(医)岡田こどもクリニック	岡田純一郎	岡田純一郎	福岡市早良区藤崎	児	小児科	
福岡市早良	4011	6343	(医)まいこクリニックまいこ小児科クリニック	藤川麻衣子	藤川麻衣子	福岡市早良区有田	児	小児科	
福岡市早良	4011	7071	(医)社団福光会福田眼科病院	福 田 量	松本眞由美	福岡市早良区藤崎	眼	眼科	
福岡市早良	4011	8310	佐々木レディースクリニック	佐々木 淑	佐々木 淑	福岡市早良区室見	産	STD	
福岡市早良	4011	8344	(医)啓林堂クリニック	鐘ヶ江重宏	鐘ヶ江重宏	福岡市早良区原	泌・皮	STD	
福岡市西	4013	5384	西福岡病院	安 藤 文 英	渡邊憲太郎	福岡市西区生の松原	内・呼内	インフルエンザ	
福岡市西	4013	5081	大内医院	大 内 二 郎	大 内 二 郎	福岡市西区横浜	内	インフルエンザ	
福岡市西	4013	5083	(医)佐野クリニック	佐野栄二郎	佐 野 謙	福岡市西区周船寺	内	インフルエンザ	
福岡市西	4013	6084	高崎小児科医院	高 崎 好 生	高 崎 好 生	福岡市西区下山門	児	小児科	○
福岡市西	4013	6215	木下小児科医院	木 下 正 教	木 下 正 教	福岡市西区今宿	児	小児科	
福岡市西	4013	6227	(医)下村小児科医院	下 村 豪	下 村 豪	福岡市西区姪の浜	児	小児科	
福岡市西	4013	6364	伊都こどもクリニック	山 口 覚	山 口 覚	福岡市西区西都	児	小児科	
福岡市西	4013	7249	上原眼科医院	上 原 浩 嗣	瀧 原 彩	福岡市西区下山門	眼	眼科	
福岡市西	4013	8354	西福岡病院婦人科	安 藤 文 英	安藤真理子	福岡市西区生の松原	婦	STD	
粕 屋	4058	5385	くどう内科	工 藤 国 弘	工 藤 国 弘	糟屋郡粕屋町原町	内	インフルエンザ	
粕 屋	4058	5387	森塚内科クリニック	森 塚 達 也	森 塚 達 也	糟屋郡志免町片峰	内	インフルエンザ	
粕 屋	4058	5112	社会保険仲原病院内科	岡嶋泰一郎	岡 田 泰 代	粕屋郡志免町別府北	内	インフルエンザ	
粕 屋	4058	5288	満安内科医院	安 森 耕	安 森 耕	粕屋郡志免町別府	内・呼	インフルエンザ	
粕 屋	4058	5114	いけだ内科クリニック	池 田 幹 久	池 田 幹 久	古賀市舞の里	内	インフルエンザ	
粕 屋	4058	6300	いりえ小児科医院	入 江 勝 一	入 江 勝 一	粕屋郡宇美町貴船	児	小児科	
粕 屋	4058	6311	森小児科クリニック	森 俊 憲	森 俊 憲	粕屋郡粕屋町長者原東	小	小児科	
粕 屋	4058	6351	おおしまこどもクリニック	大 嶋 昭 雄	大 嶋 昭 雄	糟屋郡篠栗町尾仲	児	小児科	
粕 屋	4058	6340	うかじ小児科医院	宇梶光太郎	宇梶光太郎	粕屋郡志免町志免中央	児	小児科	
粕 屋	4058	6232	よしおか小児科クリニック	吉 岡 玲 子	吉 岡 玲 子	粕屋郡新宮町下府	児・内	小児科	
粕 屋	4058	6272	正信会水戸病院小児科	白 橋 斉	藤 原 崇	粕屋郡須恵町旅石	内・児	小児科	
粕 屋	4058	6354	こでまり小児科クリニック	堤 康	堤 康	古賀市今の庄	児・アレ・腎	小児科	
粕 屋	4058	7119	(医)篠田眼科医院	篠 田 泰 治	篠 田 泰 治	粕屋郡新宮町美咲	眼	眼科	
粕 屋	4058	8120	(医)豊資会加野病院	恩 塚 雅 子	恩 塚 雅 子	糟屋郡新宮町中央駅前	泌	STD	
粕 屋	4058	9317	国立病院機構福岡東医療センター	中 根 博	宮 武	古賀市千鳥	内・児・外	基幹	○
筑 紫	4059	5305	(医)鴻佑 井本内科小児科医院	井 本 公 重	井 本 公 重	大野城市白木原	内・児	インフルエンザ	

保健所名	保健所コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
筑 紫	4059	5123	(医)春成会樋口病院	松 村 順	長原久美子	春日市紅葉ヶ丘東	内	インフルエンザ	
筑 紫	4059	5125	(医)恵山会丸山病院	丸 山 直 人	村 嶋 紀 雄	太宰府市大字坂本	内	インフルエンザ	
筑 紫	4059	5121	(医)文杏堂杉病院	杉 雄 介	宮内美代子	筑紫野市二日市中央	内	インフルエンザ	○
筑 紫	4059	5334	(医)徒然会 伊藤医院	伊 藤 俊 一	伊 藤 俊 一	筑紫野市二日市南	内	インフルエンザ	
筑 紫	4059	5122	(医)香月内科クリニック	香 月 司	香 月 司	那珂川市道善	内	インフルエンザ	
筑 紫	4059	6130	(医)松田小児科医院	松田健太郎	松田健太郎	大野城市下大利	児	小児科	
筑 紫	4059	6347	いのうえこどもクリニック	井 上 和 彦	松 田 和 恵	大野城市山田	児	小児科	
筑 紫	4059	6127	(医)横山小児科医院	横 山 隆 人	横 山 隆 人	春日市春日原東町	児	小児科	
筑 紫	4059	6304	(医)おの子どもクリニック	小野栄一郎	小野栄一郎	春日市一の谷	小	小児科	
筑 紫	4059	6375	きたやま小児科	喜多山 昇	喜多山 昇	春日市小倉	児	小児科	
筑 紫	4059	6350	日高小児科	日 高 秀 信	日 高 秀 信	太宰府市大佐野	児	小児科	
筑 紫	4059	6131	(医)西尾小児科医院	西 尾 健	西 尾 健	筑紫野市湯町	児	小児科	○
筑 紫	4059	6353	ひろたこどもクリニック	廣 田 雄 一	廣 田 雄 一	筑紫野市針摺東	児	小児科	
筑 紫	4059	6319	たかはたこどもクリニック	高 畑 靖	高 畑 靖	那珂川市五郎丸	小	小児科	
筑 紫	4059	6360	(医)もり小児科医院	森 勝 義	森 勝 義	筑紫野市美しヶ丘南	児	小児科	
筑 紫	4059	7132	(医)鬼木眼科医院	鬼木信乃夫	鬼木信乃夫	筑紫野市二日市中央	眼	眼科	○
筑 紫	4059	8337	(医)天信会あまがせ産婦人科	天ヶ瀬寛信	天ヶ瀬寛信	大野城市東大利	産	STD	
筑 紫	4059	8133	(医)春成会樋口皮膚泌尿器科医院	樋 口 満 成	樋 口 満 成	春日市春日原北町	皮・泌	STD	
筑 紫	4059	8347	ちさと皮ふ科	權 藤 知 聡	權 藤 知 聡	筑紫野市永岡	皮・内	STD	
筑 紫	4059	9204	福岡県済生会二日市病院	壁 村 哲 平	末 安 禎 子	筑紫野市湯町	内・児	基幹	○
糸 島	4060	5136	(医)藤沢内科クリニック	藤 澤 和 明	藤 澤 和 明	糸島市荻浦	内・呼	インフルエンザ	
糸 島	4060	5368	やなぎもと内科	柳 本 親 利	柳 本 親 利	糸島市井田	内・小	インフルエンザ	
糸 島	4060	6388	うえだこどもクリニック	上 田 義 治	上 田 義 治	糸島市前原北	児	小児科	
糸 島	4060	6230	奥小児科医院	奥 郁 美	奥 郁 美	糸島市前原中央	児	小児科	
糸 島	4060	6231	(医)やました小児科医院	山 下 祐 二	山 下 祐 二	糸島市浦志	児	小児科	
糸 島	4060	6348	田中医院	田 中 美 紀	田 中 美 紀	糸島市高田	児	小児科	
糸 島	4060	7250	福田眼科クリニック	福 田 成 彦	福 田 成 彦	糸島市前原中央	眼	眼科	
嘉穂・鞍手	4077	5186	福岡ゆたか中央病院	松 本 高 宏	家 住 一 成	直方市大字感田	内	インフルエンザ	
嘉穂・鞍手	4077	5187	社会保険直方病院内科	田中伸之介	平 川 晴 久	直方市須崎町	内	インフルエンザ	
嘉穂・鞍手	4077	5190	飯塚病院内科	本 村 健 太	小 出 容 平	飯塚市芳雄町	内・児	インフルエンザ	○
嘉穂・鞍手	4077	5369	松浦医院	松 浦 尚 志	松 浦 尚 志	飯塚市飯塚	内・小	インフルエンザ	
嘉穂・鞍手	4077	5327	(医)林医院	林 俊 治	林 俊 治	飯塚市相田	内・呼・児	インフルエンザ	
嘉穂・鞍手	4077	6188	(医)あざかみこどもクリニック	阿座上才紀	阿座上才紀	直方市嶺野	児	小児科	
嘉穂・鞍手	4077	6234	(医)栗原小児科内科クリニック	栗 原 潔	栗 原 潔	直方市神正町	児・内	小児科	
嘉穂・鞍手	4077	6189	尾上小児科医院	尾 上 嘉 浩	尾 上 嘉 浩	宮若市宮田	児	小児科	
嘉穂・鞍手	4077	6194	飯塚病院小児科	本 村 健 太	小 出 容 平	飯塚市芳雄町	児	小児科	○
嘉穂・鞍手	4077	6237	こどもクリニックもりた	森 田 潤	森 田 潤	飯塚市横田	児	小児科	
嘉穂・鞍手	4077	6196	平野医院	平 野 義 人	平 野 義 人	嘉麻市鴨生	児・内	小児科	
嘉穂・鞍手	4077	6361	(医)ひじい小児科クリニック	肘 井 孝 之	肘 井 孝 之	飯塚市川津	児	小児科	
嘉穂・鞍手	4077	7251	はやし眼科	林 洋 一	林 洋 一	直方市大字嶺野	眼	眼科	
嘉穂・鞍手	4077	7197	(医)下津眼科医院	下 津 一 秀	下 津 一 秀	飯塚市菰田東	眼	眼科	

保健所名	保健所 コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
嘉穂・鞍手	4077	8348	おおにし腎泌尿器科医院	大 西 怜	大 西 怜	直方市感田	泌	STD	
嘉穂・鞍手	4077	8198	飯塚病院婦人科	本 村 健 太	小 出 容 平	飯塚市芳雄町	婦・産	STD	
嘉穂・鞍手	4077	8199	藤井泌尿器科医院	藤 井 善 隆	藤 井 善 隆	飯塚市飯塚	泌	STD	
嘉穂・鞍手	4077	8258	(医)松岡産婦人科医院	松 岡 良 衛	松 岡 良 衛	飯塚市飯塚	産・婦	STD	
嘉穂・鞍手	4077	9210	社会保険直方病院	田中伸之介	平 川 晴 久	直方市須崎町	内	基幹	○
嘉穂・鞍手	4077	9209	飯塚病院	本 村 健 太	小 出 容 平	飯塚市芳雄町	内・児・泌	基幹	○
田 川	4065	5139	田川市立病院内科	松 隈 哲 人	加 藤 禎 史	田川市大字糺	内	インフルエンザ	
田 川	4065	5140	社会保険田川病院内科	黒 松 肇	吉 富 宗 重	田川市上本町	内	インフルエンザ	
田 川	4065	5138	糸田町立緑ヶ丘病院内科	水 上 行 房	水 上 行 房	田川郡糸田町	内	インフルエンザ	
田 川	4065	6142	田川市立病院小児科	松 隈 哲 人	加 藤 禎 史	田川市大字糺	児	小児科	○
田 川	4065	6236	社会保険田川病院小児科	黒 松 肇	酒 井 さ や か	田川市上本町	児	小児科	
田 川	4065	6275	(医)たなかのぶ小児科医院	田 中 信 夫	田 中 信 夫	田川市宮尾町	児	小児科	
田 川	4065	6235	(医)正久会荒木小児科医院	荒 木 久 昭	荒 木 久 昭	田川郡川崎町田原	児	小児科	
田 川	4065	7143	倉員眼科医院	倉 員 健 一	倉 員 健 一	田川市番田町	眼	眼科	
田 川	4065	8144	社会保険田川病院婦人科	黒 松 肇	藤 井 毅	田川市上本町	産・婦	STD	
田 川	4065	9211	田川市立病院	松 隈 哲 人	加 藤 禎 史	田川市大字糺	内・児・外	基幹	○
久留米市	4042	5147	(医)白壽会安本病院	安 本 潔	秦 亜 希 子	久留米市三瀬町玉満	内	インフルエンザ	
久留米市	4042	5150	(医)いのくち医院	猪 口 哲 彰	猪 口 哲 彰	久留米市国分町	内	インフルエンザ	○
久留米市	4042	5246	やの医院	矢 野 秀 樹	矢 野 秀 樹	久留米市善導寺町与田	内・呼	インフルエンザ	
久留米市	4042	5260	大善寺医院	宮 原 孝	宮 原 孝	久留米市大善寺町宮本	内	インフルエンザ	
久留米市	4042	5306	田中内科医院	田 中 泰 之	田 中 泰 之	久留米市北野町今山	内	インフルエンザ	
久留米市	4042	6145	原田医院	原 田 豊	原 田 豊	久留米市田主丸以真恵	児	小児科	
久留米市	4042	6152	河野小児科医院	河 野 信 晴	河 野 信 晴	久留米市国分町	児	小児科	
久留米市	4042	6154	聖マリア病院小児科	谷 口 雅 彦	秋 田 幸 大	久留米市津福本町	児・内	小児科	○
久留米市	4042	6276	小児科井上医院	井 上 治	井 上 治	久留米市櫛原町	児	小児科	
久留米市	4042	6290	いむた小児科	伊牟田富佐恵	伊牟田富佐恵	久留米市諏訪野町	児	小児科	
久留米市	4042	6314	かとう小児科医院	加 藤 栄 司	加 藤 栄 司	久留米市大善寺町夜明	児	小児科	
久留米市	4042	7158	石川眼科医院	石川有加里	石川有加里	久留米市荘島	眼	眼科	
久留米市	4042	8159	久留米総合病院	田 中 眞 紀	畑 瀬 哲 郎	久留米市櫛原町	皮・泌・婦	STD	
久留米市	4042	8351	いづみレディスクリニック	泉 茂 樹	泉 茂 樹	久留米市新合川	産	STD	
久留米市	4042	8342	添田医院	添 田 道 太	添 田 道 太	久留米市上津町	泌	STD	
久留米市	4042	9206	聖マリア病院	谷 口 雅 彦	本 田 順 一	久留米市津福本町	内・外・児	基幹	○
南 筑 後	4041	5089	大牟田市立病院内科	鳥 村 拓 司	村上義比古	大牟田市宝坂町	内・児	インフルエンザ	
南 筑 後	4041	5090	済生会大牟田病院	稲 吉 康 治	末 吉 晋	大牟田市大字田隈	外科	インフルエンザ	
南 筑 後	4041	6092	(医)こが小児科医院	古 賀 龍 夫	古 賀 龍 夫	大牟田市大字岬	児・アレ	小児科	
南 筑 後	4074	6370	末吉小児科内科医院	末 吉 圭 子	末 吉 圭 子	大牟田市船津町	小・内	小児科	
南 筑 後	4041	6094	大牟田市立病院小児科	鳥 村 拓 司	村上義比古	大牟田市宝坂町	児	小児科	
南 筑 後	4041	6240	(医)やまかわクリニック	山 川 良 一	山 川 良 一	大牟田市巾白川町	児・内	小児科	
南 筑 後	4041	7095	(医)向坂眼科医院	向 坂 裕 夫	向 坂 裕 夫	大牟田市上町	眼	眼科	
南 筑 後	4041	8096	林田クリニック	林 田 健 蔵	林 田 健 蔵	大牟田市東新町	泌	STD	
南 筑 後	4041	8259	(医)村尾産婦人科クリニック	深 川 公 一	深 川 公 一	大牟田市古町	産・婦	STD	

保健所名	保健所 コード	定 点 コード	医 療 機 関 名	管理者名	連絡責任者	住 所	主な 診療科目	区分	病原体 定 点
南 筑 後	4041	8283	(医)杏東会東原産婦人科医院	東 原 徹	東 原 徹	大牟田市大字倉永	産・婦	STD	
南 筑 後	4041	9208	大牟田市立病院	鳥 村 拓 司	鳥 村 拓 司	大牟田市宝坂町	内・児・外	基幹	○
北 筑 後	4068	5163	(医)田辺医院	田 邊 庸 一	田 邊 庸 一	朝倉市池田	内・児	インフルエンザ	
北 筑 後	4068	5323	やまもと内科消化器科	山 本 智 文	山 本 智 文	朝倉郡筑前町依井	消	インフルエンザ	
北 筑 後	4068	6164	富田小児科医院	中 村 舞	中 村 舞	朝倉市甘木	児	小児科	
北 筑 後	4068	6242	きたの小児科医院	北 野 明 子	北 野 明 子	朝倉市屋永	児	小児科	
北 筑 後	4068	6243	たかせ小児科医院	高 瀬 英 生	高 瀬 英 生	朝倉市来春	児	小児科	
北 筑 後	4068	6156	(医)きのした小児科クリニック	木 下 昇 平	木 下 昇 平	小郡市小坂井	児	小児科	
北 筑 後	4068	5386	上田内科胃腸科医院	上 田 隆	上 田 隆	うきは市浮羽町高見	内・胃腸	インフルエンザ	
北 筑 後	4068	6157	とよた小児科	豊 田 温	豊 田 温	うきは市吉井町	児	小児科	○
北 筑 後	4068	9205	朝倉医師会病院	志 波 直 人	河 口 康 典	朝倉市来春	内	基幹	○
南 筑 後	4074	5166	(医)戸次循環器科内科医院	戸 次 久 敏	戸 次 久 敏	八女市馬場	循・内	インフルエンザ	
南 筑 後	4074	5261	(医)合原会合原医院	合 原 る み	合 原 る み	八女郡広川町大字長延	内・呼	インフルエンザ	
南 筑 後	4074	5172	益子医院	益 子 直 己	益 子 直 己	柳川市茂庵町	内	インフルエンザ	
南 筑 後	4074	5173	川口内科医院	川 口 俊 弘	川 口 俊 弘	柳川市三橋町高畑	内	インフルエンザ	
南 筑 後	4074	5091	ヨコクラ病院	横 倉 義 典	小田原晋一	みやま市高田町濃施	内・循	インフルエンザ	
南 筑 後	4074	5174	(医)喜明会山内医院	山 内 一 明	山 内 一 明	みやま市瀬高町大江	内・児	インフルエンザ	
南 筑 後	4074	6169	(医)いしもと小児科医院	石 本 耕 治	石 本 耕 治	八女市岩崎	児	小児科	
南 筑 後	4074	6277	(医)尚恵会富田医院	富 田 尚 文	富 田 尚 文	八女市黒木町黒木	児	小児科	
南 筑 後	4074	6168	(医)杉村こどもクリニック	杉 村 徹	杉 村 徹	筑後市大字水田	児	小児科	
南 筑 後	4074	6241	(医)川上小児科医院	川 上 晃	川 上 晃	筑後市大字徳久	児	小児科	
南 筑 後	4074	6155	酒井小児科内科医院	酒 井 良	酒 井 良	大川市大字榎津字油田	児・内	小児科	
南 筑 後	4074	6176	(医)よこち小児科医院	横 地 一 興	横 地 一 興	柳川市上宮永	児・内	小児科	
南 筑 後	4074	6376	辻小児科・アレルギークリニック	辻 功 介	辻 功 介	柳川市三橋町下百町	児・アレ	小児科	
南 筑 後	4074	6389	ほほえみクリニック	樋 口 恵 美	樋 口 恵 美	みやま市瀬高町下庄	児	小児科	
南 筑 後	4074	7252	(医)石橋眼科医院	石 橋 理 生	石 橋 理 生	みやま市瀬高町下庄	眼	眼科	
南 筑 後	4074	7334	長崎眼科クリニック	長 崎 比 呂 志	長 崎 比 呂 志	八女市本村	眼	眼科	
南 筑 後	4074	8308	(医)古賀泌尿器クリニック	古 賀 弘	古 賀 弘	八女市馬場	泌	STD	
南 筑 後	4074	8346	医療法人MIRIZE中川ごうクリニック	中 川 剛	中 川 剛	柳川市三橋町木元	泌	STD	
南 筑 後	4074	9207	公立八女総合病院	田 中 法 瑞	大 原 敦 子	八女市高塚	内・循・児	基幹	○

(令和6年12月時点)

VI) 参 考 資 料

1) 感染症発生動向調査事業実施要綱

第1 趣旨及び目的

感染症発生動向調査事業については、昭和56年7月から18疾病を対象に開始され、昭和62年1月からはコンピュータを用いたオンラインシステムにおいて27疾病を対象にする等、充実・拡大されて運用されてきたところである。平成10年9月に「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」(平成10年法律第114号。以下「法」という。)が成立し、平成11年4月から施行されたことに伴い、法に基づく施策として感染症発生動向調査が位置づけられた。本事業は、感染症の発生情報の正確な把握と分析、その結果の国民や医療関係者への迅速な提供・公開により、感染症に対する有効かつ確かな予防・診断・治療に係る対策を図り、多様な感染症の発生及びまん延を防止するとともに、病原体情報を収集、分析することで、流行している病原体の検出状況及び特性を確認し、適切な感染症対策を立案することを目的として、医師等の医療関係者の協力のもと、的確な体制を構築していくこととする。

第2 対象感染症

本事業の対象とする感染症は次のとおりとする。

1 全数把握の対象

一類感染症

(1) エボラ出血熱、(2) クリミア・コンゴ出血熱、(3) 痘そう、(4) 南米出血熱、(5) ペスト、(6) マールブルグ病、(7) ラッサ熱

二類感染症

(8) 急性灰白髄炎、(9) 結核、(10) ジフテリア、(11) 重症急性呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。)、(12) 中東呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。)、(13) 鳥インフルエンザ(H5N1)、(14) 鳥インフルエンザ(H7N9)

三類感染症

(15) コレラ、(16) 細菌性赤痢、(17) 腸管出血性大腸菌感染症、(18) 腸チフス、(19) パラチフス

四類感染症

(20) E型肝炎、(21) ウエストナイル熱(ウエストナイル脳炎を含む。)、(22) A型肝炎、(23) エキノコックス症、(24) エムボックス、(25) 黄熱、(26) オウム病、(27) オムスク出血熱、(28) 回帰熱、(29) キャサスル森林病、(30) Q熱、(31) 狂犬病、(32) コクシジオイデス症、(33) ジカウイルス感染症、(34) 重症熱性血小板減少症候群(病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。)、(35) 腎症候性出血熱、(36) 西部ウマ脳炎、(37) ダニ媒介脳炎、(38) 炭疽、(39) チクングニア熱、(40) つつが虫病、(41) デング熱、(42) 東部ウマ脳炎、(43) 鳥インフルエンザ(H5N1及びH7N9を除く。)、(44) ニパウイルス感染症、(45) 日本紅斑熱、(46) 日本脳炎、(47) ハンタウイルス肺症候群、(48) Bウイルス病、(49) 鼻疽、(50) ブルセラ症、(51) ベネズエラウマ脳炎、(52) ヘンドラウイルス感染症、(53) 発しんチフス、(54) ボツリヌス症、(55) マラリア、(56) 野兔病、(57) ライム病、(58) リッサウイルス感染症、(59) リフトバレー熱、(60) 類鼻疽、(61) レジオネラ症、(62) レプトスピラ症、(63) ロッキー山紅斑熱

五類感染症(全数)

(64) アメーバ赤痢、(65) ウイルス性肝炎(E型肝炎及びA型肝炎を除く。)、(66) カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、(67) 急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。)(68) 急性脳炎(ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。)、(69) クリプトスポリジウム症、(70) クロイツフェルト・ヤコブ病、(71) 劇症型溶血性レンサ球菌感染症、(72) 後天性免疫不全症候群、(73) ジアルジア症、(74) 侵襲性インフルエンザ菌感染症、(75) 侵襲性髄膜炎菌感染症、(76) 侵襲性肺炎球菌感染症、(77) 水痘(患者が入院を要すると認められるものに限る。)、(78) 先天性風しん症候群、(79) 梅毒、(80) 播種性クリプトコックス症、(81) 破傷風、(82) パンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、(83) パンコマイシン耐性腸球菌感染症、(84) 百日咳、(85) 風しん、(86) 麻しん、(87) 薬剤耐性アシネトバクター感染症

新型インフルエンザ等感染症

(114) 新型インフルエンザ、(115) 再興型インフルエンザ、(116) 新型コロナウイルス感染症、(117) 再興型コロナウイルス感染症

指定感染症

該当なし

2 定点把握の対象

五類感染症(定点)

(88) RSウイルス感染症、(89) 咽頭結膜熱、(90) インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)、(91) A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、(92) 感染性胃腸炎、(93) 急性呼吸器感染症(インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)、RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、クラミジア肺炎(オウム病を除く。)、新型コロナウイルス感染症(病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス(令和2年1月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。))であるものに限る。)、百日咳、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ肺炎を除く。)、(94) 急性出血性結膜炎、(95) クラミジア肺炎(オウム病を除く。)(96) 細菌性髄膜炎(インフルエンザ菌、髄膜炎菌、肺炎球菌を原因として同定された場合を除く。)、(97) 新型コロナウイルス感染症(病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス(令和二年一月に中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。))であるものに限る。)、(98) 水痘、(99) 性器クラミジア感染症、(100) 性器ヘルペスウイルス感染症、(101) 尖圭コンジローマ、(102) 手足口病、(103) 伝染性紅斑、(104) 突発性発しん、(105) ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、(106) ヘルパンギーナ、(107) マイコプラズマ肺炎、(108) 無菌性髄膜炎、(109) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、(110) 薬剤耐性緑膿菌感染症、(111) 流行性角結膜炎、(112) 流行性耳下腺炎、(113) 淋菌感染症

法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症(定点)

(118) 発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経学的症状その他感染症を疑わせるような症状のうち、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、集中治療その他これに準ずるものが必要であり、かつ、直ちに特定の感染症と診断することができないと判断した

もの。

3 法第14条第8項の規定に基づく把握の対象

(119) 発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経学的症状その他感染症を疑わせるような症状のうち、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、集中治療その他これに準ずるものが必要であり、かつ、直ちに特定の感染症と診断することができないと判断したものであって、当該感染症にかかった場合の病状の程度が重篤であるものが発生し、又は発生するおそれがあると判断し、都道府県知事が指定届出機関以外の病院又は診療所の医師に法第14条第8項に基づき届出を求めたもの。

第3 実施主体

実施主体は、国、都道府県及び保健所を設置する市（特別区を含む。）とする。

第4 実施体制の整備

1 中央感染症情報センター

中央感染症情報センターは、都道府県、保健所を設置する市及び特別区（以下「都道府県等」という。）から報告された患者情報、疑似症情報及び病原体情報（検査情報を含む。以下同じ。）を収集、分析し、その結果を全国情報として速やかに都道府県等に提供・公開するための中心的役割を果たすものとして、国立健康危機管理研究機構内に設置する。

2 地方感染症情報センター及び基幹地方感染症情報センター

地方感染症情報センターは各都道府県等域における患者情報、疑似症情報及び病原体情報を収集・分析し、都道府県等の本庁に報告するとともに、全国情報と併せて、これらを速やかに医師会等の関係機関に提供・公開することとして、各都道府県等域内に1カ所、原則として地方衛生研究所の中に設置する。また、都道府県、保健所を設置する市、特別区間等の協議の上、当該都道府県内の地方感染症情報センターの中で1カ所を基幹地方感染症情報センターとして、都道府県全域の患者情報、疑似症情報及び病原体情報を収集、分析し、その結果を各地方感染症情報センターに送付するものとする。

なお、都道府県等の本庁が地方感染症情報センターの役割を代替することができるものとする。

3 指定届出機関及び指定提出機関（定点）

(1) 都道府県は、定点把握対象の感染症について、患者及び当該感染症により死亡した者（法第14条第1項の厚生労働省令で定める五類感染症に限る。）の情報及び疑似症情報を収集するため、法第14条第1項に規定する指定届出機関として、患者定点及び疑似症定点をあらかじめ選定する。

(2) 都道府県は、定点把握対象の五類感染症について、患者の検体又は当該感染症の病原体（以下「検体等」という。）を収集するため、病原体定点をあらかじめ選定する。なお、法施行規則第7条の3に規定する五類感染症については、法第14条の2第1項に規定する指定提出機関として、病原体定点を選定する。

4 感染症発生動向調査委員会

(1) 中央感染症発生動向調査委員会

本事業の適切な運用を図るために、厚生労働省に国立健康危機管理研究機構の代表、全国の保健所及び地方衛生研究所の代表、その他感染症対策に関する学識経験者からなる中央感染症発生動向調査委員

会を置く。同委員会の事務局は中央感染症情報センターとする。

(2) 地方感染症発生動向調査委員会

各都道府県域内における情報の収集、分析の効果的・効率的な運用を図るため、都道府県に小児科、内科、眼科、皮膚科、泌尿器科、婦人科、微生物学、疫学、獣医学、昆虫学等の専門家、保健所及び地方衛生研究所の代表、地域の医師会の代表等（10名程度）からなる地方感染症発生動向調査委員会を置く。

5 検査施設

各都道府県等域内における本事業に係る検体等の検査については、地方衛生研究所又は保健所等の検査施設（以下「地方衛生研究所等」という。）において実施する。地方衛生研究所等は、別に定める検査施設における病原体等検査の業務管理要領（以下「病原体検査要領」という。）に基づき検査を実施し、検査の信頼性確保に努めることとする。

また、都道府県等は、各都道府県等域内における検査が適切に実施されるよう施設間の役割を調整するとともに、地方衛生研究所を設置しない都道府県等においては、他の都道府県等の設置する地方衛生研究所等に検査事務を委託する等検査実施体制の整備を図るものとする。

第5 事業の実施

1 一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症（第2の(75)、(85)及び(86)）、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症

(1) 調査単位及び実施方法

ア 診断又は検案した医師

一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症（第2の(75)、(85)及び(86)）、新型インフルエンザ等感染症及び指定感染症を届出基準等通知に基づき診断した場合及び当該感染症により死亡した者（当該感染症により死亡したと疑われる者を含む。）の死体を検案した場合は、別に定める基準に基づき直ちに最寄りの保健所に届出を行う。当該届出は、感染症サーベイランスシステムへの入力により行うことを基本とするが、感染症サーベイランスシステムの入力環境がない場合には、最寄りの保健所が定める方法により行って差し支えない。

イ 検体等を所持している医療機関等

保健所等から当該患者の病原体検査のための検体等の提供について、依頼又は命令を受けた場合にあっては、検体等について、別記様式の検査票を添付して提供する。

ウ 保健所

① 届出を受けた保健所は、直ちに届出内容の確認を行うとともに、当該届出が感染症サーベイランスシステムの入力環境がない医師からの届出である場合には、直ちに感染症サーベイランスシステムに届出内容を入力するものとする。また、保健所は、病原体検査が必要と判断した場合には、検体等を所持している医療機関等に対して、病原体検査のための検体等の提供について、別記様式の検査票を添付して依頼等するものとする。なお、病原体検査の必要性の判断及び実施等について、必要に応じて地方衛生研究所と協議する。

② 保健所は、検体等の提供を受けた場合には、別記様式の検査票を添付して地方衛生研究所等へ検査を依頼するものとする。

③ 保健所は、届出を受けた感染症に係る発生状況等を把握し、市町村、

指定届出機関、指定提出機関その他の関係医療機関、医師会、教育委員会等の関係機関に発生状況等を提供し連携を図る。

エ 地方衛生研究所等

① 地方衛生研究所等は、別記様式の検査票及び検体等が送付された場合にあっては、別に定める病原体検査要領に基づき当該検体等を検査し、その結果を保健所を経由して診断した医師に通知するとともに、保健所、都道府県等の本庁、地方感染症情報センター又は中央感染症情報センター等と情報共有する。また、病原体情報について、速やかに中央感染症情報センターに報告する。（検査事務を委託している都道府県等においては、委託元の都道府県等の責任において報告を実施すること。）

② 検査のうち、当該地方衛生研究所等において実施することが困難なものについては、必要に応じて、他の都道府県等又は国立健康危機管理研究機構に協力を依頼する。

③ 地方衛生研究所等は、患者が一類感染症と診断されている場合、都道府県域を超えた感染症の集団発生があった場合等の緊急の場合及び国から提出を求められた場合にあっては、検体等を国立健康危機管理研究機構に送付する。

オ 国立健康危機管理研究機構

国立健康危機管理研究機構は、地方衛生研究所等から検査依頼又は提出を受けた検体等について検査を実施し、その結果を当該地方衛生研究所等及び中央感染症情報センターへ通知する。

カ 地方感染症情報センター及び基幹地方感染症情報センター

① 地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の患者情報について、保健所等から情報の入力があり次第、登録情報の確認を行う。

② 地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の全ての患者情報及び病原体情報を収集、分析するとともに、その結果を週報（月単位の場合は月報）等として公表される都道府県情報、全国情報と併せて、保健所等の関係機関に提供・公開する。

③ 基幹地方感染症情報センターは、当該都道府県域内の全ての患者情報及び病原体情報を収集、分析するとともに、その結果を週報（月単位の場合は月報）等として公表される全国情報と併せて、地方感染症情報センター等の関係機関に提供・公開する。

キ 中央感染症情報センター

① 中央感染症情報センターは、地方感染症情報センターで確認された患者情報を速やかに集計し、分析評価を加えた全国情報を、全数把握の五類感染症、定点把握の五類感染症及び疑似症の収集、分析結果とともに、週報（月単位の場合は月報）等として作成して、都道府県等に提供する。

② 中央感染症情報センターは、エの①により報告された病原体情報及びオに基づいて国立健康危機管理研究機構が実施した検査の情報の分析評価を行い、その結果を速やかに週報（月単位の場合は月報）等として作成して、都道府県等に提供する。

ク 都道府県等の本庁

都道府県等の本庁は、地方感染症情報センターが収集、分析した患者情報及び病原体情報を感染症対策に利用し、関係機関との連携・調整を行う。なお、緊急の場合及び国から対応を求められた場合においては、都道府県等の本庁は、直接必要な情報を収集するとともに、国及び他の都道府県等とも連携の上、迅速な対応を行う。

ケ 情報の報告等

① 都道府県知事、保健所を設置する市又は特別区の長（以下「都道府県知事等」という。）は、その管轄する区域外に居住する者について法第12条第1項の規定による届出を受けたときは、当該届出の内容を、その居住地を管轄する都道府県知事等に通報する。

② 保健所を設置する市又は特別区の長（以下「保健所設置市等の長」という。）は、厚生労働大臣に対して、

- ・法第12条の規定による発生届出の一連の事務の中で、同条第2項の報告を行う場合

- ・法第15条の規定による積極的疫学調査の一連の事務の中で、同条第13項の報告を行う場合

は、併せて都道府県知事に報告する。

③ 都道府県知事等は、他の都道府県知事等が管轄する区域内における感染症のまん延を防止するために必要な場合は、法第15条の規定による積極的疫学調査の結果を、当該他の都道府県知事等に通報する。

④ ①～③の報告等について、感染症サーベイランスシステムにより相互に情報を閲覧できる措置を講じた場合は、当該報告をしたものとみなす。

2 全数把握対象の五類感染症（第2の（75）、（85）及び（86）を除く。）

（1）調査単位及び実施方法

ア 診断又は検案した医師

全数把握対象の五類感染症（第2の（75）、（85）及び（86）を除く。）の患者を診断した又は当該感染症により死亡した者（当該感染症により死亡したと疑われる者を含む。）の死体を検案した医師は、別に定める基準に基づき診断後7日以内に最寄りの保健所に届出を行う。当該届出は、感染症サーベイランスシステムへの入力により行うことを基本とするが、感染症サーベイランスシステムの入力環境がない場合には、最寄りの保健所が定める方法により行って差し支えない。

イ 検体等を所持している医療機関等

保健所等から当該患者の病原体検査のための検体等の提供の依頼を受けた場合にあっては、検体等について、保健所に協力し、別記様式の検査票を添付して提供する。

ウ 保健所

① 届出を受けた保健所は、直ちに届出内容の確認を行うとともに、当該届出が感染症サーベイランスシステムの入力環境がない医師からの届出である場合には、直ちに感染症サーベイランスシステムに届出内容を入力するものとする。また、保健所は、病原体検査が必要と判断した場合には、検体等を所持している医療機関等に対して、病原体検査のための検体等の提供について、別記様式の検査票を添付して依頼するものとする。なお、病原体検査の必要性の判断及び実施等について、必要に応じて地方衛生研究所と協議する。

② 保健所は、検体等の提供を受けた場合には、別記様式の検査票を添付して地方衛生研究所等へ検査を依頼するものとする。

③ 保健所は、届出を受けた感染症に係る発生状況等を把握し、市町村、指定届出機関、指定提出機関その他の関係医療機関、医師会、教育委員会等の関係機関に発生状況等を提供し連携を図る。

エ 地方衛生研究所等

① 地方衛生研究所等は、別記様式の検査票及び検体等が送付された場合にあっては、別に定める病原体検査要領に基づき当該検体等を検査し、その結果を保健所を経由して診断した医師に通知するとともに、

保健所、都道府県等の本庁、地方感染症情報センター又は中央感染症情報センター等と情報共有する。また、病原体情報について、速やかに中央感染症情報センターに報告する。（検査事務を委託している都道府県等においては、委託元の都道府県等の責任において報告を実施すること。）

② 検査のうち、当該地方衛生研究所等において実施することが困難なものについては、必要に応じて、他の都道府県等又は国立健康危機管理研究機構に協力を依頼する。

③ 地方衛生研究所等は、都道府県域を超えた感染症の集団発生があった場合等の緊急の場合及び国から提出を求められた場合にあっては、検体等を国立健康危機管理研究機構に送付する。

オ 国立健康危機管理研究機構

国立健康危機管理研究機構は、地方衛生研究所等から検査依頼又は提出を受けた検体等について検査を実施し、その結果を当該地方衛生研究所等及び中央感染症情報センターへ通知する。

カ 地方感染症情報センター及び基幹地方感染症情報センター

① 地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の患者情報について、保健所等からの情報の入力があり次第、登録情報の確認を行う。

② 地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の全ての患者情報及び病原体情報を収集、分析するとともに、その結果を週報（月単位の場合は月報）等として公表される都道府県情報、全国情報と併せて、保健所等の関係機関に提供・公開する。

③ 基幹地方感染症情報センターは、当該都道府県域内の全ての患者情報及び病原体情報を収集、分析するとともに、その結果を週報（月単位の場合は月報）等として公表される全国情報と併せて、地方感染症情報センター等の関係機関に提供・公開する。

キ 中央感染症情報センター

① 中央感染症情報センターは、地方感染症情報センターで確認された患者情報を速やかに集計し、分析評価を加えた全国情報を、一類感染症から四類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、定点把握の五類感染症及び疑似症の収集、分析結果とともに、週報（月単位の場合は月報）等として作成して、都道府県等に提供する。

② 中央感染症情報センターは、エの①により報告された病原体情報及びオに基づいて国立健康危機管理研究機構が実施した検査の情報の分析評価を行い、その結果を速やかに週報（月単位の場合は月報）等として作成して、都道府県等に提供する。

ク 都道府県等の本庁

都道府県等の本庁は、地方感染症情報センターが収集、分析した患者情報及び病原体情報を感染症対策に利用し、関係機関との連携・調整を行う。なお、緊急の場合及び国から対応を求められた場合においては、都道府県等の本庁は、直接必要な情報を収集するとともに、国及び他の都道府県等とも連携の上、迅速な対応を行う。

3 定点把握対象の五類感染症

（１）対象とする感染症の状態

各々の定点把握対象の五類感染症について、別に定める報告基準を参考とし、当該疾病の患者と診断される場合及び当該感染症により死亡した者（当該感染症により死亡したと疑われる者を含む。）の死体と検案される場合とする。

（２）定点の選定

ア 患者定点

定点把握対象の五類感染症の発生状況を地域的に把握するため、都道府県は次の点に留意し、関係医師会等の協力を得て、医療機関の中から可能な限り無作為に患者定点を選定する。また、定点の選定に当たっては、人口及び医療機関の分布等を勘案して、できるだけ当該都道府県全体の感染症の発生状況を把握できるよう考慮すること。

① 対象感染症のうち、第２の（88）、（89）、（91）、（92）、（98）、（102）から（104）まで、（106）及び（112）に掲げるものについては、小児科を標榜する医療機関（主として小児科医療を提供しているもの）を小児科定点として指定すること。小児科定点の数は下記の計算式を参考として算定すること。この場合において、小児科定点として指定された医療機関は、②の急性呼吸器感染症定点（（88）、（89）、（90）、（91）、（93）、（97）及び（106）の届出を行う定点医療機関をいう。以下同じ。）として協力するよう努めること。

保健所管内人口	定点数
～11.5万人	1
11.5万人～18.5万人	2
18.5万人～	3+（人口－18.5万人）／7.5万人

② 対象感染症のうち、第２の（88）、（89）、（90）、（91）、（93）、（97）及び（106）については、前記①で選定した小児科定点のうち急性呼吸器感染症定点として協力する小児科定点に加え、内科を標榜する医療機関（主として内科医療を提供しているもの）を内科定点として指定し、両者を合わせた急性呼吸器感染症定点及び別途後記⑤に定める基幹定点とすること。内科定点の数は下記の計算式を参考として算定すること。

保健所管内人口	定点数
～15万人	1
15万人～25万人	2
25万人～	3+（人口－25万人）／10万人

なお、基幹定点における届出基準は、急性呼吸器感染症定点と異なり、第２の（90）及び（97）の入院患者に限定されることに留意すること。

③ 対象感染症のうち、第２の（94）及び（111）に掲げるものについては、眼科を標榜する医療機関（主として眼科医療を提供しているもの）を眼科定点として指定すること。眼科定点の数は下記の計算式を参考として算定すること。

保健所管内人口	定点数
～12.5万人	0
12.5万人～	1+（人口－12.5万人）／15万人

④ 対象感染症のうち、第２の（99）から（101）まで及び（113）に掲げるものについては、産婦人科、産科若しくは婦人科（産婦人科系）、医療法施行令（昭和23年政令第326号）第3条の2第1項第1号ハ及びニ（2）の規定により性感染症と組み合わせた名称を診療科名とする診療科、泌尿器科又は皮膚科を標榜する医療機関（主として各々の標榜科の医療を提供しているもの）を性感染症定点として指定すること。性感染症定点の数は下記の計算式を参考として算定すること。

保健所管内人口	定点数
～7.5万人	0
7.5万人～	1+（人口－7.5万人）／13万人

⑤ 対象感染症のうち、第２の（92）のうち病原体がロタウイルスで

あるもの、(95)、(96)、(105)及び(107)から(110)までに掲げるものについては、対象患者がほとんど入院患者であるため、患者を300人以上収容する施設を有する病院であって内科及び外科を標榜する病院（小児科医療と内科医療を提供しているもの）を2次医療圏域毎に1カ所以上、基幹定点として指定すること。

イ 病原体定点

病原体の分離等の検査情報を収集するため、都道府県は、次の点に留意し、関係医師会等の協力を得て病原体定点を選定する。また、定点の選定に当たっては、人口及び医療機関の分布等を勘案して、できるだけ当該都道府県全体の感染症の発生状況を把握できるよう考慮すること。

① 医療機関を病原体定点として選定する場合は、原則として、患者定点として選定された医療機関の中から選定すること。

② アの①により選定された患者定点の概ね10%を小児科病原体定点として、第2の(88)、(89)、(91)、(92)、(98)、(102)から(104)まで、(106)及び(112)を対象感染症とすること。

③ アの②により選定された患者定点の概ね10%を急性呼吸器感染症病原体定点として、第2の(84)、(88)、(89)、(90)、(91)、(93)、(95)、(97)、(106)及び(107)を対象感染症とすること。なお、急性呼吸器感染症病原体定点の選定に当たっては、小児科定点から10%以上及び内科定点から10%以上を、それぞれ3定点と2定点を下回らないよう選定することとし、法第14条の2第1項に規定する指定提出機関として指定すること。

④ アの③により選定された患者定点の概ね10%を眼科病原体定点として、第2の(94)及び(111)を対象感染症とすること。

⑤ アの⑤により選定された患者定点の全てを基幹病原体定点として、第2の(92)のうち病原体がロタウイルスであるもの、(96)及び(108)を対象感染症とすること。

(3) 調査単位等

ア 患者情報のうち、(2)のアの①、②、③及び⑤（第2の(105)、(109)及び(110)に関する患者情報を除く。）により選定された患者定点に関するものについては、1週間（月曜日から日曜日）を調査単位として、(2)のアの④及び⑤（第2の(105)、(109)及び(110)に関する患者情報のみ）により選定された患者定点に関するものについては、各月を調査単位とする。なお、(2)のアの②により選定された患者定点は、(88)、(89)、(90)、(91)、(93)、(97)及び(106)については、別に定める届出基準に一致する者として当該患者の総数を「急性呼吸器感染症」として届出を行うほか、(90)及び(97)については、疾病毎の患者数を届出ることとする。

イ 病原体情報のうち、(2)のイの③により選定された病原体定点は、第2の(84)、(88)、(89)、(90)、(91)、(93)、(95)、(97)、(106)及び(107)については、1週間（月曜日から日曜日）を調査単位とする。その他の病原体定点に関するものについては、各月を調査単位とする。

ウ 病原体情報のうち、(2)のイの③により選定された病原体定点は、第2の(97)のゲノム解析に関するものについては、各月を調査単位とする。

(4) 実施方法

ア 患者定点

① 患者定点として選定された医療機関は、速やかな情報提供を図る趣旨から、調査単位の期間の診療時における別に定める報告基準により、患者発生状況の把握を行うものとする。

② (2)のアにより選定された定点把握の対象の指定届出機関におい

ては、別に定める基準に従い、それぞれ調査単位の患者発生状況等の届出を行う。当該届出は、感染症サーベイランスシステムへの入力により行うことを基本とするが、感染症サーベイランスシステムの入力環境がない場合には、最寄りの保健所が定める方法により行って差し支えない。

③ ②の届出に当たっては法施行規則第7条に従い行うものとする。

イ 病原体定点

① 病原体定点として選定された医療機関は、③、④及びその他必要に応じて病原体検査のために検体等を採取する。

② 病原体定点は、検体等について、別記様式の検査票を添えて、速やかに地方衛生研究所等へ送付する。

③ (2)のイの②により選定された病原体定点においては、第2の(88)、(89)、(91)、(92)、(98)、(102)から(104)まで、(106)及び(112)の対象感染症のうち、患者発生状況等を踏まえ都道府県等においてあらかじめ選定した複数の感染症について、調査単位ごとに、概ね4症例からそれぞれ少なくとも1種類の検体を送付するものとする。

④ (2)のイの③により選定された病原体定点においては、(2)のアの②により選定された患者定点にて探知された症例から採取し、調査単位ごとに、送付するものとする。検体の選定法については、原則、(2)のイの③により選定された病原体定点の営業日のうち週ははじめから数えて第2営業日に収集された、はじめの5検体を目標に提出するものとする。なお、第2の(97)のゲノム解析で用いる検体は地方衛生研究所で選定するため、(2)のイの③により選定された病原体定点で区別し送付する必要は無い。

ウ 検体等を所持している医療機関等

保健所等から当該患者の病原体検査のための検体等の提供の依頼を受けた場合にあっては、検体等について、保健所に協力し、別記様式の検査票を添付して提供する。

エ 保健所

① 届出を受けた保健所は、直ちに届出内容の確認を行うとともに、感染症サーベイランスシステムの入力環境がない医療機関からの届出である場合には、患者定点から得られた患者情報が週単位の場合は調査対象の週の翌週の火曜日までに、月単位の場合は調査対象月の翌月の3日までに、感染症サーベイランスシステムに入力するものとし、併せて、対象感染症についての集団発生その他特記すべき情報についても都道府県等の本庁及び地方感染症情報センターへ報告する。また、保健所は、病原体検査が必要と判断した場合は、検体等を所持している医療機関等に対して、病原体検査のための検体等の提供について、別記様式の検査票を添付して依頼するものとする。なお、病原体検査の必要性の判断及び実施等について、必要に応じて地方衛生研究所と協議する。

② 保健所は、検体等の提供を受けた場合には、別記様式の検査票を添付して地方衛生研究所等へ検査を依頼するものとする。

③ 保健所は、定点把握の対象の五類感染症の発生状況等を把握し、市町村、指定届出機関、指定提出機関その他の関係医療機関、医師会、教育委員会等の関係機関に発生状況等を提供し連携を図る。

オ 地方衛生研究所等

① 地方衛生研究所等は、別記様式の検査票及び検体等が送付された場合にあっては、別に定める病原体検査要領に基づき当該検体を検査し、その結果を病原体情報として病原体定点に通知するとともに、都道府県等の本庁及び地方感染症情報センターに送付する。また、病原

体情報については、速やかに中央感染症情報センターに報告する。（検査事務を委託している都道府県等においては、委託元の都道府県等の責任において報告を実施すること。）

② 検査のうち、当該地方衛生研究所等において実施することが困難なものについては、必要に応じて、他の都道府県等又は国立健康危機管理研究機構に協力を依頼する。

③ 地方衛生研究所等は、都道府県域を超えた感染症の集団発生があった場合等の緊急の場合及び国から提出を求められた場合にあっては、検体等を国立健康危機管理研究機構に送付する。

④ 第2の(97)については、(4)のイの④で提出された検体を用いて、調査単位ごとに、全ゲノム解析を実施する能力を有する地方衛生研究所毎に20件程度を目安に全ゲノム解析を実施する。その結果は、民間検査機関や大学等に解析を委託する場合でも、地方衛生研究所で集約し、速やかに国立健康危機管理研究機構のPathoGenS（Pathogen Genomic data collection System）及びGISAID（Global Initiative on Sharing All Influenza Data）にゲノム情報と検体採取日等のメタデータを登録する。なお、関係機関と連携し十分な情報共有を実施する場合は、地方衛生研究所以外が登録機関となっても差し支えない。

カ 国立健康危機管理研究機構

国立健康危機管理研究機構は、地方衛生研究所等から検査依頼又は提出を受けた検体等について検査を実施し、その結果を当該地方衛生研究所等及び中央感染症情報センターへ通知する。

キ 地方感染症情報センター及び基幹地方感染症情報センター

① 地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の患者情報について、保健所等からの情報の入力があり次第、登録情報の確認を行う。

② 地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の全ての患者情報及び病原体情報を収集、分析するとともに、その結果を週報（月単位の場合は月報）等として公表される都道府県情報、全国情報と併せて、保健所等の関係機関に提供・公開する。

③ 基幹地方感染症情報センターは、当該都道府県域内の全ての患者情報及び病原体情報を収集、分析するとともに、その結果を週報（月単位の場合は月報）等として公表される全国情報と併せて、地方感染症情報センター等の関係機関に提供・公開する。

ク 中央感染症情報センター

① 中央感染症情報センターは、地方感染症情報センターで確認された患者情報を速やかに集計し、分析評価を加えた全国情報を、一類から四類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、全数把握の五類感染症及び疑似症の収集、分析結果とともに、週報（月単位の場合は月報）等として作成して、都道府県等に提供する。

② 中央感染症情報センターは、オの①により報告された病原体情報及びカに基づいて国立健康危機管理研究機構が実施した検査の情報の分析評価を行い、その結果を速やかに週報（月単位の場合は月報）等として作成して、都道府県等に提供する。

ケ 都道府県等の本庁

都道府県等の本庁は、地方感染症情報センターが収集、分析した患者情報及び病原体情報を感染症対策に利用し、関係機関との連携・調整を行う。なお、緊急の場合及び国から対応を求められた場合においては、都道府県等の本庁は、直接必要な情報を収集するとともに、国及び他の都道府県等とも連携の上、迅速な対応を行う。

4 法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症（定点）

（1）対象とする疑似症の状態

疑似症について、別に定める届出基準を参考とし、当該疑似症の患者と診断される場合とする。

（2）定点の選定

疑似症の発生状況を把握するため、都道府県は、関係医師会等の協力を得て、医療機関の中から疑似症定点を選定する。

定点の選定に当たっては、人口及び医療機関の分布等を勘案しつつ、できるだけ当該都道府県全体の疑似症の発生状況を把握できるように考慮すること。

具体的な疑似症定点の届出医療機関は、以下の医療機関のうちから、アからウの順に優先順位をつけ、別に定める基準を踏まえて選定すること。

ア 診療報酬に基づく特定集中治療室管理料（1～6）、小児特定集中治療室管理料又はハイケアユニット入院医療管理料（1～2）の届出をしている医療機関

イ 法に基づく感染症指定医療機関

・法に基づく特定感染症指定医療機関

・法に基づく第一種感染症指定医療機関

・法に基づく第二種感染症指定医療機関

ウ マスギャザリング（一定期間に限られた地域において同一目的で集合した多人数の集団）において、疑似症定点として選定することが疑似症発生状況の把握に有用な医療機関（例：大規模なスポーツ競技大会等において、観客や大会運営関係者等が受診する可能性のある医療機関）

なお、都道府県は、疑似症定点と疑似症定点以外の医療機関との連携体制をあらかじめ構築するよう取組むこととし、疑似症定点以外の医療機関においても別に定める届出基準に該当すると判断される患者については、疑似症定点や管内の保健所等に相談できるよう予め疑似症定点に指定されている医療機関名や相談先を示すなどの配慮を行い、疑似症の迅速かつ適切な把握に努めること。

（3）実施方法

ア 疑似症定点

① 疑似症定点として選定された医療機関は、速やかな情報提供を図る趣旨から、診療時における別に定める届出基準により、直ちに疑似症発生状況の把握を行うものとする。

② (2)により選定された定点把握の対象の指定届出機関においては、別に定める基準に従い、直ちに疑似症発生状況等を記載する。なお、当該疑似症の届出については、原則として感染症サーベイランスシステムへの入力により実施することとする。

③ ②の届出に当たっては法施行規則第7条に従い行うものとする。

イ 保健所

① 保健所は、疑似症定点において感染症サーベイランスシステムへの入力を実施することができない場合は、当該疑似症定点から得られた疑似症情報を、直ちに、感染症サーベイランスシステムに入力するものとし、また、対象疑似症についての集団発生その他特記すべき情報について都道府県等の本庁及び地方感染症情報センターへ報告する。

② 保健所は、疑似症の発生状況等を把握し、市町村、指定届出機関、指定提出機関その他の関係医療機関、医師会、教育委員会等の関係機関に発生状況等を提供し連携を図る。

ウ 地方感染症情報センター及び基幹地方感染症情報センター

① 地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の疑似症情報について、保健所等からの情報の入力済み報告があり次第、登録情報の確認を行う。

② 地方感染症情報センターは、当該都道府県等域内の全ての疑似症情報を収集、分析するとともに、その結果を週報等として公表される都道府県情報、全国情報と併せて、保健所等の関係機関に提供・公開する。

③ 基幹地方感染症情報センターは、当該都道府県域内の全ての疑似症情報を収集、分析するとともに、その結果を週報等として公表される全国情報と併せて、地方感染症情報センター等の関係機関に提供・公開する。

エ 中央感染症情報センター

中央感染症情報センターは、地方感染症情報センターで確認された疑似症情報を速やかに集計し、分析評価を加えた全国情報を、一類から四類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症、全数把握の五類感染症及び定点把握の五類感染症の収集、分析結果とともに、週報等として作成し、都道府県等に提供する。

オ 都道府県等の本庁

都道府県等の本庁は、地方感染症情報センターが収集、分析した疑似症情報を感染症対策に利用し、関係機関との連携・調整を行う。なお、緊急の場合及び国から対応を求められた場合においては、都道府県等の本庁は、直接必要な情報を収集するとともに、国及び他の都道府県等とも連携の上、迅速な対応を行う。

5 その他

(1) 感染症発生動向調査は、全国一律の基準で実施されるべきものであるが、上記の実施方法以外の部分について、必要に応じて、各都道府県等の実状に応じた追加を行い、地域における効果的・効率的な感染症発生動向調査体制を構築していくことが求められる。

(2) 政令市又は特別区において、当該検査事務を他の地方公共団体に委託する場合には、地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の14の規定の定めるところによること。

(3) 感染症発生動向調査のために取り扱うこととなった検体等については、感染症の発生及びまん延防止策の構築、公衆衛生の向上のために使用されるものであり、それ以外の目的に用いてはならない。また、検体採取の際には、その使用目的について説明の上、できるだけ、本人等に同意をとることが望ましい。なお、上記に掲げる目的以外の研究に使用する場合は、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」等の別に定める規定に従い行うものとする。

(4) 本実施要綱に定める事項以外の内容については、必要に応じて健康・生活衛生局感染症対策部長が定めることとする。

第6 費用

国は、本事業に要する費用のうち、都道府県が支弁する法第14条から第16条、第16条の3、第26条の3及び第26条の4（第50条において準用する場合を含む。）、第44条の3の2、第44条の11並びに第50条の3の規定に基づく本事業の事務に要する費用に対して、法第61条の規定に基づき負担する。

第7 実施時期

この実施要綱は、平成11年4月1日から施行する。ただし、病原体情報及び病原体定点に関する項目については、各都道府県等において実施可能となり次第、実施することとして差し支えない。

この実施要綱の改正は、平成14年11月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成15年11月5日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成18年4月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成18年6月12日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成18年11月22日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成19年4月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成20年1月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成20年4月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成20年5月12日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成23年2月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成23年9月5日から施行する。ただし、第5の3の(2)の②の指定については、平成23年7月29日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成25年3月4日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成25年4月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成25年5月6日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成25年10月14日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成26年7月26日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成26年9月19日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成27年1月21日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成27年5月21日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成28年4月1日から施行する。ただし、第2の1の対象感染症の追加に係る改正については、平成28年2月15日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成30年1月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成30年3月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成30年5月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、平成31年4月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、令和2年2月1日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、令和2年5月29日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、令和3年2月13日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、令和4年10月31日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、令和5年5月8日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、令和5年5月26日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、令和5年9月25日から施行する。

この実施要綱の一部改正は、令和7年4月7日から施行する。

2) 医師及び指定届出機関の管理者が都道府県知事に届け出る基準

令和7年4月1日

1. 全数把握の対象

一類感染症

1	エボラ出血熱
2	クリミア・コンゴ出血熱
3	痘そう
4	南米出血熱
5	ペスト
6	マールブルグ病
7	ラッサ熱

二類感染症

1	急性灰白髄炎
2	結核
3	ジフテリア
4	重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る）
5	中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る）
6	鳥インフルエンザ（H 5 N 1）
7	鳥インフルエンザ（H 7 N 9）

三類感染症

1	コレラ
2	細菌性赤痢
3	腸管出血性大腸菌感染症
4	腸チフス
5	パラチフス

四類感染症

1	E型肝炎
2	ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎含む）
3	A型肝炎
4	エキノコックス症
5	エムボックス
6	黄熱
7	オウム病
8	オムスク出血熱
9	回帰熱
10	キャサヌル森林病
11	Q熱
12	狂犬病
13	コクシジオイデス症
14	ジカウイルス感染症
15	重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る）
16	腎症候性出血熱
17	西部ウマ脳炎
18	ダニ媒介脳炎
19	炭疽
20	チクングニア熱
21	つつが虫病
22	デング熱
23	東部ウマ脳炎
24	鳥インフルエンザ（H 5 N 1 及びH 7 N 9 を除く）
25	ニパウイルス感染症
26	日本紅斑熱
27	日本脳炎
28	ハンタウイルス肺症候群
29	Bウイルス病
30	鼻疽
31	ブルセラ症
32	ベネズエラウマ脳炎
33	ヘンドラウイルス感染症
34	発しんチフス
35	ボツリヌス症
36	マラリア
37	野兎病
38	ライム病
39	リッサウイルス感染症
40	リフトバレー熱
41	類鼻疽
42	レジオネラ症
43	レプトスピラ症
44	ロッキー山紅斑熱

五類感染症

1	アメーバ赤痢
2	ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く）
3	カルバペネム耐性腸内細菌科細菌感染症
4	急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く）

5	急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く）
6	クリプトスポリジウム症
7	クロイツフェルト・ヤコブ病
8	劇症型溶血性レンサ球菌感染症
9	後天性免疫不全症候群
10	ジアルジア症
11	侵襲性インフルエンザ菌感染症
12	侵襲性髄膜炎菌感染症
13	侵襲性肺炎球菌感染症
14	水痘（入院例に限る）
15	先天性風しん症候群
16	梅毒
17	播種性クリプトコックス症
18	破傷風
19	バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症
20	バンコマイシン耐性腸球菌感染症
21	百日咳
22	風しん
23	麻しん
24	薬剤耐性アシネトバクター感染症

新型インフルエンザ等感染症

1	新型インフルエンザ
2	再興型インフルエンザ
3	新型コロナウイルス感染症
4	再興型新型コロナウイルス感染症

2. 定点把握の対象

五類感染症

25	RSウイルス感染症
26	咽頭結膜熱
27	インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）
28	A群溶血性レンサ球菌咽頭炎
29	感染性胃腸炎
30	急性呼吸器感染症（インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、RSウイルス感染症、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、クラミジア肺炎（オウム病を除く。）、新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和2年1月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）であるものに限る。）、百日咳、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ肺炎を除く。）
31	急性出血性結膜炎
32	クラミジア肺炎（オウム病を除く。）
33	細菌性髄膜炎（インフルエンザ菌、髄膜炎菌、肺炎球菌を原因として同定された場合を除く。）
34	新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和二年一月に中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）であるものに限る。）
35	水痘
36	性器クラミジア感染症
37	性器ヘルペスウイルス感染症
38	尖圭コンジローマ
39	手足口病
40	伝染性紅斑
41	突発性発しん
42	ペニシリン耐性肺炎球菌感染症
43	ヘルパンギーナ
44	マイコプラズマ肺炎
45	無菌性髄膜炎
46	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症
47	薬剤耐性緑膿菌感染症
48	流行性角結膜炎
49	流行性耳下腺炎
50	淋菌感染症
51	RSウイルス感染症
52	咽頭結膜熱

法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症

1	発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状のうち、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、集中治療その他これに準ずるものが必要であり、かつ、直ちに特定の感染症と診断することができないと判断したもの
---	--

第1 般的事項

1 検査方法に関する留意事項

分離・同定による病原体の検出の「同定」には、生化学的性状、抗血清、PCR法（LAMP法等の核酸増幅法全般をいう。以下同じ。）による同定など、種々の同定方法を含む。

抗体検査による感染症の診断には、

- （1）急性期と回復期のペア血清による抗体の陽転（陰性から陽性へ転じること）
- （2）急性期と回復期のペア血清による抗体価の有意上昇
- （3）急性期のIgM抗体の検出
- （4）単一血清でのIgG抗体の検出による診断もあり得るが、その場合、臨床症状等総合的な判断が必要である。

のいずれかが用いられる。

なお、「抗体価の有意上昇」とは、血清の段階希釈を実施する方法を使用した場合においてのみ利用可能であり、4倍以上の上昇を示した場合をいう。ただし、ELISA法、EIA法等、吸光度（インデックス）で判定する検査法においては、この値（4倍）を用いることはできない。

2 発熱と高熱

本基準において、「発熱」とは体温が37.5℃以上を呈した状態をいい、「高熱」とは体温が38.0℃以上を呈した状態をいう。

3 留意点

- （1）本通知に定める各疾患の検査方法については、現在行われるものを示しており、今後開発される同等の感度又は特異度を有する検査も対象となり得るため、医師が、本通知に定めのない検査により診断を行おうとする場合は、地方衛生研究所、国立感染症研究所等の専門の検査機関に確認すること。
- （2）医師が、病原体診断又は病原体に対する抗体の検出による診断を行う場合において、疑義がある場合は、地方衛生研究所、国立感染症研究所等の専門の検査機関に確認すること。

第2 一類感染症

1 エボラ出血熱

（1）定義

エボラウイルス（フィロウイルス科）による熱性疾患である。

（2）臨床的特

徴潜伏期間は2～21日（平均約1週間）で、発症は突発的である。

症状は発熱（ほぼ必発）、疼痛（頭痛、筋肉痛、胸痛、腹痛など）、無力症が多い。

2～3日で急速に悪化し、死亡例では約1週間程度で死に至ることが多い。出血は報告にもよるが、主症状ではないことも多い（2000年ウガンダの例では約20%）。

ザイル型では致死率は約90%、スーダン型では致死率は約50%である。

ヒトからヒトへの感染は血液、体液、排泄物等との直接接触により、空気感染は否定的である。

（3）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（2）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からエボラ出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エボラ出血熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちにしなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、他のウイルス性出血熱、腸チフス、発しんチフス、赤痢、マラリア、デング熱、黄熱である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（2）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エボラ出血熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、（2）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、エボラ出血熱の疑似症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、（2）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、エボラ出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エボラ出血熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑いの死体

医師は、（2）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、エボラ出血熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、咽頭拭い液、尿
ELISA法による病原体の抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
蛍光抗体法又はELISA法によるIgM抗体若しくはIgG抗体の検出	血清

2 クリミア・コンゴ出血熱

（1）定義

クリミア・コンゴウイルス（ブニヤウイルス科）による熱性疾患である。

（2）臨床的特徴

潜伏期間は2～9日。初期症状は特異的ではない。時に突発的に発生する。発熱、頭痛、悪寒、筋肉痛、関節痛、腹痛、嘔吐がみられ、続いて咽頭痛、結膜炎、黄疸、羞明及び種々の知覚異常が現れる。点状出血が一般的にみられ、進行すると紫斑も生ずる。特に針を刺した部位から広がる。重症化するとさらに全身出血、血管虚脱を来し、死亡例では消化管出血が著明である。肝・腎不全も出現することがある。血液と体液は感染力がきわめて強い。

（3）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（2）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からクリミア・コンゴ出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、クリミア・コンゴ出血熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、他のウイルス性出血熱、腸チフス、発しんチフス、赤痢、マラリア、デング熱、黄熱である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（2）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、クリミア・コンゴ出血熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、（2）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、クリミア・コンゴ出血熱の疑似症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、クリミア・コンゴ出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、クリミア・コンゴ出血熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、クリミア・コンゴ出血熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、咽頭拭い液、尿
E L I S A 法による病原体の抗原の検出	
P C R 法による病原体の遺伝子の検出	
蛍光抗体法による I g M 抗体若しくは I g G 抗体の検出、又は補体結合反応による抗体の検出	血清

3 痘そう

(1) 定義

痘そうウイルスによる急性の発疹性疾患である。現在、地球上では根絶された状態にある。

(2) 臨床的特徴

主として、飛沫感染によりヒトからヒトへ感染する。患者や汚染された物品との直接接触により感染することもある。エアロゾルによる感染の報告もあるが、まれである。潜伏期間は約12日(7～17日)で、感染力は病初期(ことに4～6病日)に最も強く、発病前は感染力はないと考えられている。すべての発疹が痂皮となり、これが完全に脱落するまでは感染の可能性がある。

主な症状は、

ア 前駆期:急激な発熱(39℃前後)、頭痛、四肢痛、腰痛などで始まり、発熱は2～3日で40℃以上に達する。第3～4病日頃には、一時解熱傾向となり、発疹が出る。

イ 発疹期:発疹は、紅斑→丘疹→水疱→膿疱→結痂→落屑と規則正しく移行する。その時期に見られる発疹はすべて同一のステージであることが特徴である。第9病日頃に膿疱となるが、この頃には再び高熱となり、結痂するまで続く。疼痛、灼熱感が強い。

ウ 回復期:2～3週間の経過で、脱色した痂痕を残し治癒する。痂皮(かさぶた)の中には、感染性ウイルスが長期間存在するので、必ず、滅菌消毒処理をする。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から痘そうが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、痘そう患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、水痘(特に発疹出現前に40℃前後の高熱が認められた者)である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、痘そうの無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、痘そうの疑似症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による

届出を直ちに行わなければならない。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、痘そうが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、痘そうにより死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、痘そうにより死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
電子顕微鏡によるウイルス粒子の直接観察又は分離・同定による病原体の検出	水疱、膿疱、痂皮、咽頭拭い液、血液
蛍光抗体法による病原体の抗原の検出	
P C R 法による病原体の遺伝子の検出	

4 南米出血熱

(1) 定義

南米大陸におけるアレナウイルス科アレナウイルス属のウイルスによる出血熱の総称である。南米出血熱であるアルゼンチン出血熱、ブラジル出血熱、ベネズエラ出血熱、ボリビア出血熱は、それぞれ、アレナウイルス科のフニンウイルス、サビアウイルス、ガナリトウイルス、マチュポウイルスによる感染症である。ボリビアにおける出血熱患者からチャバレウイルスという新種のウイルスが分離され、このウイルスによる出血熱も南米出血熱に含まれる。

(2) 臨床的特徴

主な感染経路は、ウイルス保有ネズミの排泄物、唾液、血液等との接触である。潜伏期間は7～14日で、初期症状として突然の発熱、筋肉痛、悪寒、背部痛、消化器症状がみられる。3～4日後には衰弱、嘔吐、目まいなどが出現し、重症例では高熱、出血傾向、ショックが認められる。歯肉縁の出血が特徴的とされるが、その後皮下や粘膜からの出血に進展する。神経症状を呈することもあり、舌や手の振戦から、せん妄、こん睡、痙攣に至る。致死率は30%に上るとされる。回復例では発症後10～13日頃から寛解傾向がみられるが、最終的には数ヶ月かかることが多い。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から南米出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、南米出血熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、南米出血熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、南米出血熱の疑似症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、南米出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、南米出血熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑いの死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、南米出血熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、脳脊髄液、尿
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
ELISA法又は蛍光抗体法によるIgM抗体若しくはIgG抗体の検出	血清

5 ペスト

(1) 定義

腸内細菌科に属するグラム陰性桿菌である *Yersinia pestis* の感染によって起こる全身性疾患である。

(2) 臨床的特徴

リンパ節炎、敗血症等を起こし、重症例では高熱、意識障害などを伴う急性細菌性感染症であり、死に至ることも多い。臨床的所見により以下の3種に分けられる。

ア 腺ペスト（ヒトペストの80～90%を占める）

潜伏期は2～7日。感染部のリンパ節が痛みとともに腫れる。菌は血流を介して全身のリンパ節、肝や脾でも繁殖し、多くは1週間くらいで死亡する。

イ 敗血症ペスト（約10%を占める）

時に局所症状がないまま敗血症症状が先行し、皮膚のあちこちに出血斑が生じて全身が黒色となり死亡する。

ウ 肺ペスト

ペスト菌による気管支炎や肺炎を起こし、強烈な頭痛、嘔吐、39～41℃の弛張熱、急激な呼吸困難、鮮紅色の泡立った血痰を伴う重篤な肺炎像を示し、2～3日で死亡する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からペストが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ペスト患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、類鼻疽（臨床症状が肺ペストと類似）、野兔病（臨床症状が腺ペストに類似し、かつ共通抗原決定基を持つ）である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ペストの無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、ペストの疑似症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

疑似症患者の診断に当たっては、臨床所見、ペスト流行地への渡航歴、齧歯類に寄生しているノミによる咬傷の有無を参考にする。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ペストが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ペストにより死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、

それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑いの死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ペストにより死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出（塗抹標本の染色鏡検も参考となる）	血液、リンパ節腫吸引物、喀痰、病理組織
蛍光抗体法によるエンベロープ抗原（Fraction 1抗原）の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
赤血球凝集反応によるエンベロープ抗原（Fraction 1抗原）に対する抗体の検出（16倍以上）	血清

6 マールブルグ病

(1) 定義

マールブルグウイルス（フィロウイルス科）による熱性疾患である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は3～10日間である。発症は突発的である。発熱、頭痛、筋肉痛、皮膚粘膜発疹、咽頭結膜炎に続き、重症化すると下痢、鼻口腔・消化管出血が見られる（エボラ出血熱に類似する）。

マールブルグウイルスの自然界からヒトへの感染経路は不明である。ヒトからヒトへは血液、体液、排泄物との濃厚接触及び性的接触によりウイルスが伝播する。

ドイツにおける集団発生（1967年）においてはアフリカミドリザルの血液、組織との接触によるものであった。アフリカ（ケニア等）での発生例にはサルは無関係であった。治療法はなく、対症療法のみである。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からマールブルグ病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、マールブルグ病患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、他のウイルス性出血熱、腸チフス、発しんチフス、赤痢、マラリア、デング熱、黄熱である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、マールブルグ病の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、マールブルグ病の疑似症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、マールブルグ病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、マールブルグ病により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑いの死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、マールブルグ病により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、咽頭拭い液、尿
E L I S A 法による病原体の特異抗原の検出	
P C R 法による病原体の遺伝子の検出	
E L I S A 法又は蛍光抗体法による I g M 抗体若しくは I g G 抗体の検出	血清

7 ラッサ熱

(1) 定義

ラッサウイルス（アレナウイルス科）による熱性疾患である。

(2) 臨床的特徴

発症は突発的で行はる緩やかである。マストミスに咬まれたり尿や血液に触れたり、あるいは感染発症者の血液、体液、排泄物等に直接接触する等の後、潜伏期間（7～18日）を経て、高熱（39～41℃）、全身倦怠感に続き、3～4日目に大関節痛、咽頭痛、咳、筋肉痛、次いで心窩部痛、後胸部痛、嘔吐、悪心、下痢、腹部痛等が認められる。

重症化すると顔面頸部の浮腫、眼球結膜出血、消化管出血、心のう炎、胸膜炎、ショック。重症経過で治癒後、一側あるいは両側のろう（難聴）を示すことが20%以上ある。発症期の症状はインフルエンザ様である。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からラッサ熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ラッサ熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、他のウイルス性出血熱、腸チフス、発しんチフス、赤痢、マラリア、デング熱、黄熱である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ラッサ熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、ラッサ熱の疑似症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ラッサ熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ラッサ熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ラッサ熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、咽頭拭い液、尿
E L I S A 法による病原体の抗原の検出	
P C R 法による病原体の遺伝子の検出	
蛍光抗体法による I g M 抗体若しくは I g G 抗体の検出	血清

第3 二類感染症

1 急性灰白髄炎

(1) 定義

ポリオウイルス1～3型（ワクチン株を含む）の感染による急性弛緩性麻痺を主症状とする急性運動中枢神経感染症である。また、ポリオウイルス1～3型には、地域集団において継続的に伝播している野生株ポリオウイルス、ワクチン由来ポリオウイルス（V D P V）^(※)及びワクチン株ポリオウイルス^(※※)がある。

(2) 臨床的特徴

潜伏期は3～12日で、発熱（3日間程度）、全身倦怠感、頭痛、吐き気、項部・背部硬直などの髄膜刺激症状を呈するが、軽症例（不全型）では軽い感冒様症状又は胃腸症状で終わることもある。髄膜炎症状だけで麻痺を来さないもの（非麻痺型）もあるが、重症例（麻痺型）では発熱に引き続きあるいは一旦解熱し再び発熱した後に、突然四肢の随意筋（多くは下肢）の弛緩性麻痺が現れる。罹患部位の腱反射は減弱ないし消失し、知覚感覚異常を伴わない。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から急性灰白髄炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、急性灰白髄炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、急性灰白髄炎の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。ただし1型及び3型ワクチン株ポリオウイルス^(※※)による無症状病原体保有者は届出の対象ではない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、急性灰白髄炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、急性灰白髄炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、急性灰白髄炎により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	便、直腸ぬぐい液、咽頭ぬぐい液、髄液 ①ポリオウイルス1～3型の検出は便検体が基本であり、発症後できるだけ速やかに、24時間以上の間隔をあけて、少なくとも2回以上採取し、いずれかひとつの便検体からポリオウイルス1～3型が検出された場合は、直ちに届出を行うこと。 ②直腸ぬぐい液、咽頭ぬぐい液、髄液からポリオウイルス1～3型が検出された場合も、検査陽性として、直ちに届出を行うこと。

(※) VDPVは、親株であるOPV株からのVP1全領域における変異率により定義され、1型及び3型は1%以上の変異率（VP1領域における親株からの変異数が10塩基以上）を有するポリオウイルス、2型についてはVP1領域における変異数が6塩基以上のポリオウイルスをVDPVとする。

(※※) 野生株ポリオウイルス・VDPV以外のポリオウイルスをワクチン株ポリオウイルスとする。

2 結核

(1) 定義

結核菌群 (*Mycobacterium tuberculosis complex*、ただし *Mycobacterium bovis* BCG を除く) による感染症である。

(2) 臨床的特徴

感染は主に気道を介した飛沫核感染による。感染源の大半は喀痰塗抹陽性の肺結核患者であるが、ときに培養のみ陽性の患者、まれに菌陰性の患者や肺外結核患者が感染源になることもある。感染後数週間から一生にわたり臨床的に発病の可能性があるが、発病するのは通常 30% 程度である。若い患者の場合、発病に先立つ数ヶ月～数年以内に結核患者と接触歴を有することがある。

感染後の発病のリスクは感染後間もない時期 (とくに 1 年以内) に高く、年齢的には乳幼児期、思春期に高い。また、特定の疾患 (糖尿病、慢性腎不全、エイズ、じん肺等) を合併している者、胃切除の既往歴を持つ者、免疫抑制剤 (副腎皮質ホルモン剤、TNF α 阻害薬等) 治療中の者等においても高くなる。

多くの場合、最も一般的な侵入門戸である肺の病変として発症する (肺結核) が、肺外臓器にも起こりうる。肺外罹患臓器として多いのは胸膜、リンパ節、脊椎・その他の骨・関節、腎・尿路生殖器、中枢神経系、喉頭等であり、全身に播種した場合には粟粒結核となる。

肺結核の症状は咳、喀痰、微熱が典型的とされており、胸痛、呼吸困難、血痰、全身倦怠感、食欲不振等を伴うこともあるが、初期には無症状のことも多い。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

医師は、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から結核が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、結核患者と診断した場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直ちにしなければならない。

ただし、病原体及び病原体遺伝子の検出検査方法以外による検査方法については、当該検査所見に加え、問診等により医師が結核患者であると診断するに足る判断がなされる場合に限り届出を行うものである。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかをを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、他の原因による肺炎、非結核性抗酸菌症、肺癌、気管支拡張症、良性腫瘍等である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が (2) の臨床的特徴を呈していないが、次の表の画像検査方法以外の左欄に掲げる検査方法により、結核の無症状病原体保有者と診断し、かつ、結核医療を必要とすると認められる場合 (潜在性結核感染症) に限り、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかをを用いること。

5 歳未満の者においては、この検査方法で病原体保有の確認ができない場合であっても、患者の飛沫のかかる範囲での反復、継続した接触等の疫学的状況から感染に高度の蓋然性が認められる者に限り、届出を行うこと。

ウ 疑似症患者

医師は、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、結核の疑似症患者と診断するに足る高度の蓋然性が認められる場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直に行わなければならない。

疑似症患者の診断に当たっては、集団発生の状況、疫学的関連性なども考慮し判断する。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、結核が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、結核により死亡したと判断した場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかをを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、結核により死亡したと疑われる場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直に行わなければならない。

検査方法	検査材料
塗抹検査による病原体の検出	喀痰、胃液、咽頭・喉頭ぬぐい液、気管支肺胞洗浄液、胸水、膿汁・分泌液、尿、便、脳脊髄液、組織材料
分離・同定による病原体の検出	
核酸増幅法による病原体遺伝子の検出	
病理検査における特異的所見の確認	病理組織
ツベルクリン反応検査 (発赤、硬結、水疱、壊死の有無)	皮膚所見
リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロン γ 試験	血液
画像検査における所見の確認	胸部エックス線画像、CT 等検査画像

3 ジフテリア

(1) 定義

ジフテリア毒素を産生するジフテリア菌 (*Corynebacterium diphtheriae*) の感染による急性感染症である。

(2) 臨床的特徴

ジフテリア菌が咽頭などの粘膜に感染し、感染部位の粘膜や周辺の軟部組織の障害を引き起こし、扁桃から咽頭粘膜表面の偽膜性炎症、下顎部から前頸部の著しい浮腫とリンパ節腫脹 (bullneck) などの症状が出現する。重症例では心筋の障害などにより死亡する。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

医師は、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からジフテリアが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジフテリア患者と診断した場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直に行わなければならない。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が (2) の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジフテリアの無症状病原体保有者と診断した場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直に行わなければならない。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ジフテリアが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジフテリアにより死亡したと判断した場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかをを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ジフテリアにより死亡したと疑われる場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直に行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌株のジフテリア毒素産生性の確認	病変 (感染) 部位からの採取材料

(※) ジフテリア菌 (*Corynebacterium diphtheriae*) であっても、ジフテリア毒素非産生性の菌は届出の対象ではない。

Corynebacterium ulcerans 及び *Corynebacterium pseudotuberculosis* については、ジフテリア毒素を産生する株があるものの、それらは届出の対象ではない。

4 重症急性呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属SARSコロナウイルスであるものに限る。）

（1）定義

コロナウイルス科ベータコロナウイルス属のSARS（Severe Acute Respiratory Syndrome）コロナウイルスの感染による急性呼吸器症候群である。

（2）臨床的特徴

多くは2～7日、最大10日間の潜伏期間の後に、急激な発熱、咳、全身倦怠感、筋肉痛などのインフルエンザ様の前駆症状が現れる。2～数日間で呼吸困難、乾性咳嗽、低酸素血症などの下気道症状が現れ、胸部CT、X線写真などで肺炎像が出現する。肺炎になった者の80～90%が1週間程度で回復傾向になるが、10～20%がARDS（Acute Respiratory Distress Syndrome）を起こし、人工呼吸器などを必要とするほど重症となる。致死率は10%前後で、高齢者及び基礎疾患のある者での致死率はより高い。

（3）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（2）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から重症急性呼吸器症候群が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、重症急性呼吸器症候群の患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちにしなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかをを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（2）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、重症急性呼吸器症候群の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかをを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、（2）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、重症急性呼吸器症候群の疑似症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、（2）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、重症急性呼吸器症候群が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、重症急性呼吸器症候群により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかをを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、（2）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、重症急性呼吸器症候群により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	鼻咽頭拭い液、喀痰、尿、便
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
ELISA法又は蛍光抗体法によるIgM抗体若しくはIgG抗体の検出、又は中和試験による抗体の検出	血清

（4）疑似症患者の判断に必要な事項

ア 病原体診断又は抗体検査で陰性になった場合でも、患者と臨床的特徴が合致する場合は、SARSを否定できないため、医師の総合判断により、疑似症患者として取り扱う。

イ 臨床所見、渡航歴などにより、以下の（ア）又は（イ）に該当し、かつ（ウ）の条件を満たす場合は、疑似症患者として取り扱う。

（ア）平成14年11月1日以降に、38℃以上の急な発熱及び咳、呼吸困難などの呼吸器症状を示して受診した者のうち、次のいずれか1つ以上の条件を満たす者

① 発症前10日以内に、SARSが疑われる患者を看護若しくは介護していた者、同居していた者又は気道分泌物若しくは体液に直接触れた者

② 発症前10日以内に、SARSの発生が報告されている地域（WHOが公表したSARSの伝播確認地域）へ旅行した者

③ 発症前10日以内に、SARSの発生が報告されている地域（WHOが公表したSARSの伝播確認地域）に居住していた者

④ SARSコロナウイルス又はSARS患者の臨床検体を取り扱う研究を行っている研究者、あるいはSARSコロナウイルス、又は患者検体を保有する機関の研究者で、ウイルスへの曝露の可能性がある者

⑤ 5日以上継続する重症の呼吸器症状及び肺炎で、治療に反応せず、他にこれら症状を説明できる診断が見つからない場合

（イ）平成14年11月1日以降に死亡し、病理解剖が行われていない者のうち、次のいずれか1つ以上の条件を満たす者

① 発症前10日以内に、SARSが疑われる患者を看護若しくは介護していた者、同居していた者又は気道分泌物若しくは体液に直接触れた者

② 発症前10日以内に、SARSの発生が報告されている地域（WHOが公表したSARSの伝播確認地域）へ旅行した者

③ 発症前10日以内に、SARSの発生が報告されている地域（WHOが公表したSARSの伝播確認地域）に居住していた者

④ SARSコロナウイルス又はSARS患者の臨床検体を取り扱う研究を行っていた研究者、あるいはSARSコロナウイルス、又は患者検体を保有する機関の研究者で、ウイルスへの曝露の可能性があった者

⑤ 5日以上継続する重症の呼吸器症状及び肺炎で、治療に反応せず、死亡までに、他にこれら症状を説明できる診断がついていなかった場合

（ウ） 次のいずれかの条件を満たす者

① 胸部レントゲン写真で肺炎、又は急性呼吸窮迫症候群の所見を示す者

② 病理解剖所見が肺炎、呼吸窮迫症候群の病理所見として矛盾せず、はっきりとした原因がない者

注）他の診断によって症状の説明ができる場合は除外すること。

5 中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるものに限る。）

（1）定義

コロナウイルス科ベータコロナウイルス属のMERS（Middle East Respiratory Syndrome）コロナウイルスによる急性呼吸器症候群である。

（2）臨床的特徴

ヒトコブラクダがMERSコロナウイルスを保有しており、ヒトコブラクダとの濃厚接触が感染リスクであると考えられている。一方、家族間、感染対策が不十分な医療機関などにおける限定的なヒト-ヒト感染も報告されている。中東諸国を中心として発生がみられている。

潜伏期間は2～14日（中央値は5日程度）。無症状例から急性呼吸窮迫症候群（ARDS）を来す重症例までである。典型的な病像は、発熱、咳嗽等から始まり、急速に肺炎を発症し、しばしば呼吸管理が必要となる。下痢などの消化器症状のほか、多臓器不全（特に腎不全）や敗血症性ショックを伴う場合もある。高齢者及び糖尿病、腎不全などの基礎疾患を持つ者での重症化傾向がより高い。

（3）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（2）の臨床的特徴を有する者について、（4）に該当すること等から中東呼吸器症候群が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、病原体の少なくとも2つの遺伝子領域が確認されたことから、当該者を中東呼吸器症候群と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかをを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（２）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、病原体の少なくとも２つの遺伝子領域が確認されたことから、当該者を中東呼吸器症候群の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、（２）の臨床的特徴を有する者について、（４）に該当すること等から中東呼吸器症候群が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、病原体の少なくとも１つの遺伝子領域が確認されたことから、当該者を中東呼吸器症候群の疑似症と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体について、（４）に該当すること等から中東呼吸器症候群が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、病原体の少なくとも２つの遺伝子領域が確認されたことから、当該者を中東呼吸器症候群により死亡したと判断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体について、（４）に該当すること等から中東呼吸器症候群により死亡したと疑われる場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、剖検材料
検体から直接のＰＣＲ法による病原体の遺伝子の検出	

（４）感染が疑われる患者の要件

患者が次のア、イ又はウに該当し、かつ、他の感染症又は他の病因によることが明らかでない場合、中東呼吸器症候群への感染が疑われるので、中東呼吸器症候群を鑑別診断に入れる。ただし、必ずしも次の要件に限定されるものではない。

ア ３８℃以上の発熱及び咳を伴う急性呼吸器症状を呈し、臨床的又は放射線学的に肺炎、ARDSなどの実質性肺病変が疑われる者であって、発症前１４日以内にＷＨＯの公表内容から中東呼吸器症候群の初発例の発生が確認されている地域に渡航又は居住していたもの

イ 発熱を伴う急性呼吸器症状（軽症の場合を含む。）を呈する者であって、発症前１４日以内にＷＨＯの公表内容から中東呼吸器症候群の初発例の発生が確認されている地域において、医療機関を受診若しくは訪問したもの、中東呼吸器症候群であることが確定した者との接触歴があるもの又はヒトコブラクダとの濃厚接触歴があるもの

ウ 発熱又は急性呼吸器症状（軽症の場合を含む。）を呈する者であって、発症前１４日以内に、中東呼吸器症候群が疑われる患者を診察、看護若しくは介護していたもの、中東呼吸器症候群が疑われる患者と同居していたもの又は中東呼吸器症候群が疑われる患者の気道分泌液若しくは体液等の汚染物質に直接触れたもの

6 鳥インフルエンザ（H5N1）

（１）定義

A型インフルエンザウイルス（H5N1）のトリからヒトへの感染による急性気道感染症である。

（２）臨床的特徴

潜伏期間は概ね２～８日である。症例の初期症状の多くが、高熱と急性呼吸器症状を主とするインフルエンザ様疾患の症状を呈する。下気道症状

は早期に発現し、呼吸窮迫、頻呼吸、呼吸時の異常音がよく認められ、臨床的に明らかな肺炎が多く見られる。

呼吸不全が進行した例ではびまん性のスリガラス様陰影が両肺に認められ、急性窮迫性呼吸器症候群（ARDS）の臨床症状を呈する。

死亡例は発症から平均９～１０日（範囲６～３０日）目に発生し、進行性の呼吸不全による死亡が多く見られる。

（３）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（２）の臨床的特徴を有する者のうち、３８℃以上の発熱及び急性呼吸器症状のある者を診察した結果、症状や所見から鳥インフルエンザ（H5N1）が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鳥インフルエンザ（H5N1）と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（２）の臨床的特徴を呈していないが、次の表に掲げる検査方法により、鳥インフルエンザ（H5N1）の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、（２）の臨床的特徴を有する者のうち、３８℃以上の発熱及び急性呼吸器症状のある者を診察した結果、症状や所見から鳥インフルエンザ（H5N1）が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、H5亜型が検出された場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、鳥インフルエンザ（H5N1）が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鳥インフルエンザ（H5N1）により死亡したと判断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、鳥インフルエンザ（H5N1）により死亡したと疑われる場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、喀痰、気道吸引液、肺胞洗浄液、剖検材料
検体から直接のＰＣＲ法による病原体の遺伝子の検出	

7 鳥インフルエンザ（H7N9）

（１）定義

鳥インフルエンザA（H7N9）ウイルスのヒトへの感染による急性疾患である。

（２）臨床的特徴

高熱と急性呼吸器症状を特徴とする。下気道症状を併発し、重症の肺炎が見られることがある。呼吸不全が進行した例ではびまん性のスリガラス様陰影が両肺に認められ、急速に急性呼吸窮迫症候群（ARDS）の症状を呈する。二次感染、脳症、横紋筋融解症に進展した報告がある。

発症から死亡までの中央値は１１日（四分位範囲７～２０日）であり、進行性の呼吸不全等による死亡が多い。

（３）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（２）の臨床的特徴を有する者のうち、３８℃以上の発熱及び急性呼吸器症状がある者を診察した結果、症状や所見、渡航歴、接触歴等から鳥インフルエンザ（Ｈ７Ｎ９）が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鳥インフルエンザ（Ｈ７Ｎ９）と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（２）の臨床的特徴を呈していないが、次の表に掲げる検査方法により、鳥インフルエンザ（Ｈ７Ｎ９）の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 疑似症患者

医師は、（２）の臨床的特徴を有する者のうち、３８℃以上の発熱及び急性呼吸器症状のある者を診察した結果、症状や所見、渡航歴、接触歴等から鳥インフルエンザ（Ｈ７Ｎ９）が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、Ｈ７亜型が検出された場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見、渡航歴、接触歴等から、鳥インフルエンザ（Ｈ７Ｎ９）が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鳥インフルエンザ（Ｈ７Ｎ９）により死亡したと判断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

オ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見、渡航歴、接触歴等から、鳥インフルエンザＡ（Ｈ７Ｎ９）により死亡したと疑われる場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、喀痰、
検体から直接のＰＣＲ法による病原体の遺伝子の検出	気道吸引液、肺胞洗浄液、剖検材料

第４ 三類感染症

１ コレラ

（１）定義

コレラ毒素（ＣＴ）産生性コレラ菌（*Vibrio cholerae* O 1）又は *V. cholerae* O 139 による急性感染性腸炎である。

（２）臨床的特徴

潜伏期間は数時間から５日、通常１日前後である。近年のエルトールコレラは軽症の水様性下痢や軟便で経過することが多いが、まれに“米のとぎ汁”様の便臭のない水様便を１日数リットルから数十リットルも排泄し、激しい嘔吐を繰り返す。

その結果、著しい脱水と電解質の喪失、チアノーゼ、体重の減少、頻脈、血圧の低下、皮膚の乾燥や弾力性の消失、無尿、虚脱などの症状、及び低カリウム血症による腓腹筋（ときには大腿筋）の痙攣がおこる。胃切除を受けた人や高齢者では重症になることがあり、また死亡例もまれにみられる。

（３）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（２）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からコレラが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、コレラ患者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、食中毒、その他の感染性腸炎である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（２）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、コレラの無症状病原体保有者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、コレラが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、コレラにより死亡したと判断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、コレラにより死亡したと疑われる場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における①、②いずれかによるコレラ毒素の確認 ①毒素産生の確認 ②ＰＣＲ法による毒素遺伝子の検出	便

２ 細菌性赤痢

（１）定義

赤痢菌（*Shigella dysenteriae*、*S.flexneri*、*S.boydii*、*S.sonnei*）の経口感染で起こる急性感染性大腸炎である。

（２）臨床的特徴

潜伏期は１～５日（大多数は３日以内）。主要病変は大腸、特にＳ状結腸の粘膜の出血性化膿性炎症、潰瘍を形成することもある。

このため、発熱、下痢、腹痛を伴うテネスミス（tenesmus；しぶり腹―便意は強いがなかなか排便できないこと）、膿・粘血便の排泄などの赤痢特有の症状を呈する。近年、軽症下痢あるいは無症状に経過する例が多い。症状は一般に成人よりも小児の方が重い。

（３）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（２）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から細菌性赤痢が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、細菌性赤痢患者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、カンピロバクター、赤痢アメーバ、腸管出血性大腸菌等による他の感染性腸炎である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（２）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、細菌性赤痢の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、細菌性赤痢が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、細菌性赤痢により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、細菌性赤痢により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	便

3 腸管出血性大腸菌感染症

(1) 定義

ベロ毒素(Verotoxin, VT)を産生する腸管出血性大腸菌(enterohemorrhagic *E. coli*, EHEC、Shigatoxin-producing *E. coli*, STEC など)の感染によって起こる全身性疾病である。

(2) 臨床的特徴

臨床症状は、一般的な特徴は腹痛、水様性下痢及び血便である。嘔吐や38℃台の高熱を伴うこともある。

さらにベロ毒素の作用により溶血性貧血、急性腎不全を来し、溶血性尿毒症候群(Hemolytic Uremic Syndrome, HUS)を引き起こすことがある。小児や高齢者では痙攣、昏睡、脳症などによって致命症となることがある。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から腸管出血性大腸菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、腸管出血性大腸菌感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、腸管出血性大腸菌感染症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、腸管出血性大腸菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、腸管出血性大腸菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、腸管出血性大腸菌感染症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の①、②いずれかによるベロ毒素の確認 ①毒素産生の確認 ②PCR法等による毒素遺伝子の検出	便
ベロ毒素の検出(HUS発症例に限る)	
O抗原凝集抗体又は抗ベロ毒素抗体の検出(HUS発症例に限る)	血清

4 腸チフス

(1) 定義

チフス菌(*Salmonella* serovar Typhi)の感染による全身性疾病である。

(2) 臨床的特徴潜伏期間は7～14日で発熱を伴って発症する。

患者、保菌者の便と尿が感染源となる。

39℃を超える高熱が1週間以上も続き、比較的徐脈、バラ疹、脾腫、下痢などの症状を呈し、腸出血、腸穿孔を起こすこともある。

重症例では意識障害や難聴が起きることもある。無症状病原体保有者はほとんどが胆嚢内保菌者であり、胆石保有者や慢性胆嚢炎に合併することが多く、永続保菌者となることが多い。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から腸チフスが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、腸チフス患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、パラチフス、マラリア、デング熱、A型肝炎、つつが虫病、チクングニア熱である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、腸チフスの無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、腸チフスが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、腸チフスにより死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、腸チフスにより死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、骨髄液、便、尿、胆汁

5 パラチフス

(1) 定義

パラチフスA菌(*Salmonella* serovar Paratyphi A)の感染によって起こる全身性疾病である(*Salmonella* Paratyphi B、*Salmonella* Paratyphi Cによる感染症はパラチフスから除外され、サルモネラ症として取り扱われる)。

(2) 臨床的特徴

臨床的症状は、腸チフスに類似する。7～14日の潜伏期間の後に38℃以上の高熱が続く。比較的徐脈、脾腫、便秘、時には下痢等の症状を呈する。症状は腸チフスと比較して、軽症の場合が多い。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からパラチフスが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、パラチフス患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

鑑別を必要とする疾患は、腸チフス、マラリア、デング熱、A型肝炎、つつが虫病、チクングニア熱である。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（２）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、パラチフスの無症状病原体保有者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、パラチフスが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、パラチフスにより死亡したと判断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、パラチフスにより死亡したと疑われる場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、骨髄液、便、尿、胆汁

第５ 四類感染症

１ E型肝炎

（１）定義

E型肝炎ウイルスによる急性ウイルス性肝炎である。

（２）臨床的特徴

途上国では主に水系感染であるが、我が国では汚染された食品や動物の臓器や肉の生食による経口感染が指摘されている。潜伏期間はA型肝炎より長く、平均6週間といわれている。臨床症状はA型肝炎と類似しており、予後も通常はA型肝炎と同程度で、慢性化することはない。しかし、妊婦（第3三半期）に感染すると劇症化しやすく、致死率も高く20％に達することもある。特異的な治療はなく、対症療法が中心となる。

（３）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（２）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からE型肝炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、E型肝炎患者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（２）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、E型肝炎の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、E型肝炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、E型肝炎により死亡したと判断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見

から、E型肝炎により死亡したと疑われる場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
PCR法による病原体の遺伝子の検出	血液・便
IgM抗体若しくはIgA抗体の検出	血清

２ ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎含む）

（１）定義

フラビウイルス科に属するウエストナイルウイルスによる感染症で、蚊によって媒介される。

（２）臨床的特徴

2～14日の潜伏期の後に高熱で発症する。発熱は通常3～6日間持続する。同時に頭痛、背部の痛み、筋肉痛、食欲不振などの症状を有する。発疹が胸部、背、上肢に認められる場合もある。通常リンパ節腫脹が認められる。症状は通常1週間以内で回復するが、その後全身倦怠感が残ること多い。特に高齢者においては、上記症状とともに、さらに重篤な症状として、激しい頭痛、悪心、嘔吐、方向感覚の欠如、麻痺、意識障害、痙攣等の症状が出現し髄膜脳炎、脳炎を発症することがある。重篤な例で筋力低下が約半数に認められている。

（３）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（２）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からウエストナイル熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ウエストナイル熱患者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（２）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ウエストナイル熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ウエストナイル熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ウエストナイル熱により死亡したと判断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ウエストナイル熱により死亡したと疑われる場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	血清、髄液
ペア血清による中和抗体陽転又は中和抗体価の有意の上昇	血清

３ A型肝炎

（１）定義

A型肝炎ウイルスによる急性ウイルス性肝炎である。

（２）臨床的特徴

主たる感染経路は、汚染された食品や水などを介した経口的な感染である。潜伏期間は平均4週間である。感染期間は、ウイルスが便に排泄される発病の3～4週間前から発症後数ヶ月にわたる。主な臨床症状は発熱、

全身倦怠感、食欲不振で、黄疸、肝腫大などの肝症状が認められる。一般に予後は良く、慢性化することはないが、まれに劇症化することがある。小児では不顕性感染や軽症のことが多い。特異的な治療法はなく、対症療法が中心となる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からA型肝炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、A型肝炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、A型肝炎の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、A型肝炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、A型肝炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、A型肝炎により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
PCR法による病原体の遺伝子の検出	血液、便
IgM抗体の検出	血清

4 エキノコックス症

(1) 定義

エキノコックス(Echinococcus)による感染症で、単包条虫(*Echinococcus granulosus*)と多包条虫(*Echinococcus multilocularis*)の2種類がある。

(2) 臨床的特徴

ヒトへの感染は、キツネやイヌなどから排泄された虫卵に汚染された水、食物、埃などを経口的に摂取した時に起こる。体内に発生した嚢胞は緩慢に増大し、周囲の臓器を圧迫する。多包虫病巣の拡大は極めてゆっくりで、肝臓の腫大、腹痛、黄疸、貧血、発熱や腹水貯留などの初期症状が現れるまで、成人では通常10年以上を要する。放置すると約半年で腹水が貯留し、やがて死に至る。

発症前や早期の無症状期でも、スクリーニング検査の超音波、CT、MRIの所見から検知される場合がある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からエキノコックス症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エキノコックス症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エキノコックス症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、エキノコックス症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エキノコックス症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、エキノコックス症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
包虫あるいは包虫の一部の検出	肝臓の摘出組織、生検組織
ELISA法又はWestern Blot法による抗体の検出	血清

5 エムボックス

(1) 定義

エムボックスウイルス(Monkeypox virus)による急性発疹性疾患である。

(2) 臨床的特徴

ウイルスを保有するヒトやげっ歯類などの動物との接触、及びそれらの皮膚粘膜病変、血液、体液との接触により感染する。感染したヒトとの接触(性的接触を含む)の他、接近した対面による飛沫への長時間の曝露、体液や飛沫で汚染された寝具等との接触によっても感染する。

潜伏期間は通常7～14日(5～21日)である。皮疹、粘膜疹、その他の皮膚粘膜病変、発熱、頭痛、筋肉痛、背部痛、咽頭痛、肛門直腸痛、倦怠感、リンパ節腫脹がみられる。致死率は低い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からエムボックスが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エムボックス患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エムボックスの無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、エムボックスが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、エムボックスにより死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、エムボックスにより死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	皮膚又は粘膜病変、水疱内容液、鼻咽頭拭い液、咽頭拭い液、肛門直腸拭い液、その他粘膜拭い液、血液、尿、その他検査方法に適する材料
病原体の特異抗原の検出	
検体から直接の核酸増幅法による病原体の遺伝子の検出	

6 黄熱

(1) 定義

フラビウイルス科に属する黄熱ウイルスの感染によるウイルス性出血熱である。ネッタイシマカなどにより媒介される。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は3～6日間で、発症は突然である。悪寒又は悪寒戦慄とともに高熱を出し、嘔吐、筋肉痛、出血（鼻出血、歯齦出血、黒色嘔吐、下血、子宮出血）、蛋白尿、比較的徐脈、黄疸等を来す。普通は7～8病日から治癒に向かうが、重症の場合には乏尿、心不全、肝性昏睡などで、5～10病日に約10%が死亡する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から黄熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、黄熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、黄熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、黄熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、黄熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、黄熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清
ベア血清による中和抗体陽転又は中和抗体価の有意の上昇	

7 オウム病

(1) 定義

オウム病クラミジア *Chlamydomphila* (*Chlamydia*) *psittaci* を病原体とする呼吸器疾患である。

(2) 臨床的特徴

主にオウムなどの愛玩用のトリからヒトに感染し、肺炎などの気道感染症を起こす。1～2週間の潜伏期の後に、突然の発熱で発病する。初期症状として悪寒を伴う高熱、頭痛、全身倦怠感、食欲不振、筋肉痛、関節痛などがみられる。呼吸器症状として咳、粘液性痰などがみられる。軽い場

合は軽微程度の症状であるが、高齢者などでは重症になりやすい。胸部レントゲンで広範な肺病変はあるが、理学的所見は比較的軽度である。重症になると呼吸困難、意識障害、D I Cなどがみられる。発症前にトリとの接触があったかどうか診断のための参考になる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からオウム病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、オウム病患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、オウム病の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、オウム病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、オウム病により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、オウム病により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	咽頭拭い液、喀痰、血液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
間接蛍光抗体法による抗体の検出（単一血清でI g M抗体の検出若しくはI g G抗体256倍以上、又はベア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	血清

8 オムスク出血熱

(1) 定義

フラビウイルス科フラビウイルス属に属するオムスク出血熱ウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然界ではマダニとげっ歯類のあいだで感染環が維持されている。ヒトは主にマダニの刺咬により感染するが、げっ歯類等の尿や血液による接触感染もありうる。また、稀にはヒト-ヒト感染、飛沫感染もあるとされる。潜伏期間は3～9日で、突然の発熱、頭痛、筋肉痛、咳、徐脈、脱水、低血圧、消化器症状を生じ、稀には出血熱となる。患者の30～50%は二相性の発熱を示し、第二期には髄膜炎、腎機能障害、肺炎などを生じる。致死率は0.5～3%であるが、難聴や脱毛、神経精神障害などの後遺症を残すことがある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からオムスク出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、オムスク出血熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（２）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、オムスク出血熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、オムスク出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、オムスク出血熱により死亡したと判断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、オムスク出血熱により死亡したと疑われる場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清、髄液
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

９ 回帰熱

（１）定義

シラミあるいはヒメダニ（Ornithodoros 属：ヒメダニ属）によって媒介されるスピロヘータ（回帰熱ボレリア）感染症である。

（２）臨床的特徴

コロモジラミ媒介性 *Borrelia recurrentis* やヒメダニ媒介性 *B.duttonii* 等がヒトに対する病原体である。

菌血症による発熱期、菌血症を起こしていない無熱期を３～５回程度繰り返す、いわゆる回帰熱を主訴とする。感染後５～１０日を経て菌血症による頭痛、筋肉痛、関節痛、羞明、咳などをともなう発熱、悪寒がみられる（発熱期）。

また、このとき点状出血、紫斑、結膜炎、肝臓や脾臓の腫大、黄疸もみられる。

発熱期は３～７日続いた後、一旦解熱する（無熱期）。

無熱期では血中から菌は検出されない。発汗、全身倦怠感、時に低血圧や斑状丘疹をみることもある。この後５～７日後再び発熱期に入る。

上記症状以外で肝炎、心筋炎、脳出血、脾破裂、大葉性肺炎などがみられる場合もある。

（３）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（２）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から回帰熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、回帰熱患者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（２）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、回帰熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、回帰熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、回

帰熱により死亡したと判断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、回帰熱により死亡したと疑われる場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液（発熱期）
暗視野顕微鏡下鏡検による病原体の検出	
蛍光抗体法による末梢血スミアの観察による病原体の抗原の検出	
P C R法による病原体の遺伝子の検出	

１０ キャサナル森林病

（１）定義

フラビウイルス科フラビウイルス属に属するキャサナル森林病ウイルスによる感染症である。

（２）臨床的特徴

自然界では、マダニとげっ歯類を主とする脊椎動物のあいだで感染環が維持されている。ヒトへの感染もマダニの刺咬によって生じる。潜伏期間は３～１２日であり、突然の発熱、頭痛、筋肉痛、咳嗽、徐脈、脱水、低血圧、消化器症状、出血などを来す。約４０％に出血性肺水腫がみられ、ときに腎不全も生じる。患者の１５～５０％では１～３週間寛解が続いた後、再度発熱がみられ、髄膜炎や脳炎を生じて項部硬直、精神障害、振戦、めまいなどを来す。致死率は３～５％であり、後遺症を残すことはない。

（３）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（２）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からキャサナル森林病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、キャサナル森林病患者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（２）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、キャサナル森林病の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、キャサナル森林病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、キャサナル森林病により死亡したと判断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、キャサナル森林病により死亡したと疑われる場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清、髄液
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

1.1 Q熱

(1) 定義

コクシエラ科コクシエラ属の *Coxiella burnetii* の感染によって起こる感染症である。

(2) 臨床的特徴

通常は家畜やネコなどのペットの流産や出産に関連して、胎盤に感染している *C.burnetii* を吸入するなどによって、2～3週間の潜伏期を経て発症する。急性Q熱ではインフルエンザ様で突然の高熱、頭痛、筋肉痛、全身倦怠感、眼球後部痛の症状で始まる。自然治癒傾向が強く、多くは14日以内に解熱する。間質性肺炎が主体の肺炎型や肝機能異常が主体の肝炎型がある。予後は一般に良い。1割程度が慢性Q熱に移行するとされ、弁膜症などの基礎疾患を持つ例で心内膜炎を起こすと難治性となり、致死率が高くなる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からQ熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、Q熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、Q熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、Q熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、Q熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、Q熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
間接蛍光抗体法による抗体の検出（単一血清でIgM抗体64倍以上若しくはIgG抗体256倍以上、又はペア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	血清

1.2 狂犬病

(1) 定義

ラブドウイルス科に属す狂犬病ウイルスの感染による神経疾患である。

(2) 臨床的特徴

狂犬病は狂犬病ウイルスを保有するイヌ、ネコ、コウモリ、キツネ、スカンク、コヨーテなどの野生動物に咬まれたり、引っ掻かれたりして感染し、発症する。

潜伏期は1～3カ月で、まれに1年以上に及ぶ。臨床的には咬傷周辺の知覚異常、疼痛、不安感、不穏、頭痛、発熱、恐水発作、麻痺と進む。発症すると致命的となる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から狂犬病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、狂犬病

患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、狂犬病の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、狂犬病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、狂犬病により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、狂犬病により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	唾液
蛍光抗体法による病原体の抗原の検出	角膜塗抹標本、頸部の皮膚、気管吸引材料、唾液腺の生検材料、脳組織及び脳乳剤
PCR法による病原体の遺伝子の検出	唾液、髄液、脳組織及び脳乳剤
Fluorescent Focus Inhibition Test又はELISA法による抗体の検出	髄液

1.3 コクシジオイデス症

(1) 定義

真菌の *Coccidioides immitis* の感染症である。

(2) 臨床的特徴

強風や土木工事などにより土壌中の *C.immitis* の分節型分生子が土埃と共に空中に舞い上がり、これを吸入することにより肺感染が起こり、そのうち約0.5%の患者が全身感染へと進む。この病原体を取り扱う実験者、検査従事者などの2次感染の危険性が高い。本邦では、慢性肺コクシジオイデス症がみられることが多く、CTなどの画像診断において、結節や空洞病変が確認される。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からコクシジオイデス症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、コクシジオイデス症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、コクシジオイデス症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、コクシジオイデス症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、コクシジオイデス症により死亡したと判断した場合には、法第

12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑いの死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、コクシジオイデス症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	喀痰、気管支洗浄液、肺又は皮膚の病理組織
鏡検による病原体の検出	
免疫拡散法による抗体の検出	血清、髄液

14 ジカウイルス感染症

(1) 定義

フラビウイルス科フラビウイルス属に属するジカウイルスによる主としてヤブ蚊によって媒介される感染症である。現状で得られる知見が限られているため、以下の記載内容については、今後変更の可能性がある。

(2) 臨床的特徴

・ジカウイルス病：

一般的に2～12日（多くは2～7日）の潜伏期の後の発熱（多くは38.5度以下）、発疹等で発症する。感染者のうち、発症するのは約20%とされている。関節痛、結膜充血、頭痛、後眼窩部痛、筋痛、関節腫脹等を伴うことがあるが、大半の患者においては重症化することなく数日程度で回復する。疫学的にはギラン・バレー症候群との関連性が指摘されているが、因果関係は明らかでない。

・先天性ジカウイルス感染症：

ジカウイルスに感染した母体から胎児への垂直感染により、小頭症や頭蓋内石灰化、その他の先天性障害を来す可能性があると考えられている。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からジカウイルス感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジカウイルス感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

なお、IgM抗体を用いて診断を行う場合は、患者が感染したと考えられる地域で流行中のその他のフラビウイルス属ウイルス（デング熱、黄熱、ウエストナイル熱、日本脳炎等）による先行感染又は共感染がないこと、半年以内の黄熱ワクチンの接種歴がないことを確認すること。その他のフラビウイルス属ウイルスによる先行感染又は共感染を認める場合は、ペア血清によるIgM抗体以外の方法による確認試験を実施すること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジカウイルス感染症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ジカウイルス感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジカウイルス感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑いの死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ジカウイルス感染症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

検査方法	検査材料	
	ジカウイルス病	先天性ジカウイルス感染症
分離・同定による病原体の検出	血液・尿	血液・臍帯・臍帯血・胎盤・尿・髄液
PCR法による病原体の遺伝子の検出		
IgM抗体の検出	血清	血清・臍帯血清・髄液
中和試験による抗体の検出		

15 重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。）

(1) 定義

ブニヤウイルス科フレボウイルス属の重症熱性血小板減少症候群（Severe Fever with Thrombocytopenia Syndrome: SFTS）ウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴主に SFTS ウイルスを保有するマダニに刺咬されることで感染する。

潜伏期間は6～14日。発熱、消化器症状（嘔気、嘔吐、腹痛、下痢、下血）を主徴とし、時に、頭痛、筋肉痛、神経症状、リンパ節腫脹、出血症状などを伴う。血液所見では、血小板減少（10万/mm³未満）、白血球減少（4000/mm³未満）、血清酵素（AST、ALT、LDH）の上昇が認められる。致死率は10～30%程度である。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から重症熱性血小板減少症候群が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、重症熱性血小板減少症候群患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、重症熱性血小板減少症候群の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、重症熱性血小板減少症候群が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、重症熱性血小板減少症候群により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑いの死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、重症熱性血小板減少症候群により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、血清、咽頭拭い液、尿
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
ELISA法又は蛍光抗体法による抗体の検出（IgM抗体の検出又はペア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	血清
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	

16 腎症候性出血熱

(1) 定義

ハンタウイルス（ブニヤウイルス科ハンタウイルス属）による熱性・腎性疾患である。

(2) 臨床的特徴

主にネズミの排泄物に接触（エアロゾルの吸入を含む）することにより、ヒトにウイルスが伝播する。このウイルスはヒトに感染すると状況により重篤な全身感染、あるいは腎疾患を生じ、以下の型が知られている。

ア 重症アジア型

ドブネズミ、高麗セズジネズミが媒介する。潜伏期間は10～30日で、発熱で始まる有熱期、低血圧期（ショック）（4～10日）、乏尿期（8～13日）、利尿期（10～28日）、回復期に分けられる。全身皮膚に点状出血が出ることがある。発症から死亡までの時間は4～28日で、尿素窒素は50～300mg/dlに達する。常時高度の蛋白尿、血尿を伴う。

イ 軽症スカンジナビア型

ヤチネズミによる。ごく軽度の発熱、蛋白尿、血尿がみられるのみで、極めてまれに重症化する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から腎症候性出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、腎症候性出血熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、腎症候性出血熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、腎症候性出血熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、腎症候性出血熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、腎症候性出血熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、尿（急性期）
P C R法による病原体の遺伝子の検出（白血球を用いる）	
E L I S A法又は間接蛍光抗体法による I g M抗体若しくは I g G抗体の検出	血清

17 西部ウマ脳炎

(1) 定義

トガウイルス科アルファウイルス属に属する西部ウマ脳炎ウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然界では、イエカと鳥の間で感染環が維持されている。ヒトへの感染もイエカの刺咬による。潜伏期間は5～10日であり、頭痛、発熱、情緒不安、振戦、易興奮性、項部硬直、羞明、ときに異常な精神状態などがみられる。脳炎を生じると意識障害、弛緩性／痙攣性麻痺がみられる。特に乳児では急速な経過を取り、固縮、痙攣、泉門膨隆などがみられ、生残者の

60%以上で脳に障害を残し、進行性の知能発育不全をきたす。年長になるほど回復は早く、通常は5～10日で回復する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から西部ウマ脳炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、西部ウマ脳炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、西部ウマ脳炎の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、西部ウマ脳炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、西部ウマ脳炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、西部ウマ脳炎により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清、髄液
中和試験による抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

18 ダニ媒介脳炎

(1) 定義

フラビウイルス科フラビウイルス属に属するダニ媒介脳炎ウイルスによる感染症であり、中央ヨーロッパダニ媒介脳炎とロシア春夏脳炎の2型に分けられる。

(2) 臨床的特徴

自然界ではマダニとげっ歯類との間に感染環が維持されているが、マダニでは経卵伝播もありうる。ヒトへの感染は主にマダニの刺咬によるが、ヤギの乳の飲用によることもある。潜伏期間は通常7～14日である。中央ヨーロッパ型では、発熱、筋肉痛などのインフルエンザ様症状が出現し、2～4日間続く。症例の三分の一では、その後数日経って第Ⅱ期に入り、髄膜脳炎を生じて痙攣、眩暈、知覚異常などを呈する。致死率は1～2%であるが、神経学的後遺症が10～20%にみられる。ロシア春夏脳炎では、突然に高度の頭痛、発熱、悪心、羞明などで発症し、その後順調に回復する例もあるが、他では髄膜脳炎に進展し、項部硬直、痙攣、精神症状、頸部や上肢の弛緩性麻痺などがみられる。致死率は20%に上り、生残者の30～40%では神経学的後遺症を来す。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からダニ媒介脳炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ダニ媒介脳炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（２）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ダニ媒介脳炎の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ダニ媒介脳炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ダニ媒介脳炎により死亡したと判断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ダニ媒介脳炎により死亡したと疑われる場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
ＰＣＲ法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清、髄液
中和試験による抗体の検出（ヘア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

１９ 炭疽

（１）定義

本症は炭疽菌（*Bacillus anthracis*）によるヒトと動物の感染症である。

（２）臨床的特徴

ヒト炭疽には４つの主要な病型がある。

ア 皮膚炭疽

全体の９５～９８％を占める。潜伏期は１～７日である。初期病変はニキビや虫さされ様で、かゆみを伴うことがある。初期病変周囲には水疱が形成され、次第に典型的な黒色の痂皮となる。およそ８０％の患者では痂皮の形成後７～１０日で治癒するが、２０％では感染はリンパ節及び血液へと進展し、敗血症を発症して致死性である。

イ 肺炭疽

上部気道の感染で始まる初期段階はインフルエンザ等のウイルス性呼吸器感染や軽度の気管支肺炎に酷似しており、軽度の発熱、全身倦怠感、筋肉痛等を訴える。数日して第２の段階へ移行すると突然呼吸困難、発汗及びチアノーゼを呈する。この段階に達すると通常、２４時間以内に死亡する。

ウ 腸炭疽

本症で死亡した動物の肉を摂食した後２～５日で発症する。腸病変部は回腸下部及び盲腸に多い。初期症状として悪心、嘔吐、食欲不振、発熱があり、次いで腹痛、吐血を呈し、血液性の下痢を呈する場合もある。毒血症へと移行すると、ショック、チアノーゼを呈し死亡する。腸炭疽の致死率は２５～５０％とされる。

エ 髄膜炎

皮膚炭疽の約５％、肺炭疽の２／３に引き続いて起こるが、まれに初感染の髄膜炎もある。髄膜炎は治療を行っても、発症後２～４日で１００％が死亡する。

（３）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（２）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から炭疽が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、炭疽患者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（２）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、炭疽の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、炭疽が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、炭疽により死亡したと判断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、炭疽により死亡したと疑われる場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	病巣組織、血液、髄液、胸水、皮膚病変部
ＰＣＲ法による病原体の遺伝子の検出	

２０ チクングニア熱

（１）定義

トガウイルス科アルファウイルス属に属するチクングニアウイルスによる感染症である。

（２）臨床的特徴

チクングニアウイルスを保有するヤブカ属のネッタイシマカ、ヒトスジシマカなどに刺されることで感染する。潜伏期間は３～１２日（通常３～７日）で、患者の大多数は急性熱性疾患の症状を呈する。発熱と関節痛は必発であり、発疹は８割程度に認められる。関節痛は四肢（遠位）に強く対称性で、その頻度は手首、足首、指趾、膝、肘、肩の順であり、関節の炎症や腫脹を伴う場合もある。関節痛は急性症状が軽快した後、数週間から数ヶ月にわたって続く場合がある。その他の症状としては、全身倦怠感・頭痛・筋肉痛・リンパ節腫脹である。血液所見では、リンパ球減少、血小板減少が認められる。重症例では神経症状（脳症）や劇症肝炎が報告されている。アフリカ、インド洋島嶼国、インド、東南アジアの熱帯・亜熱帯地域を中心として流行がみられている。

（３）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（２）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からチクングニア熱が疑われ、かつ、エの次に掲げる表の左欄に掲げる検査方法により、チクングニア熱患者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（２）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、チクングニア熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、チクングニア熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、チクングニア熱により死亡したと判断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、チクングニア熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清
E L I S A法 (I g G抗体)、中和試験又は赤血球凝集阻止法による抗体の検出 (ベア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇)	

2.1 つつが虫病

(1) 定義

つつが虫病リケッチア (*Orientia tsutsugamushi*) による感染症である。

(2) 臨床的特徴

つつが虫病リケッチアを保有するツツガムシに刺されて5～14日の潜伏期の後に、全身倦怠感、食欲不振とともに頭痛、悪寒、発熱などを伴って発症する。体温は段階的に上昇し数日で40℃にも達する。刺し口は皮膚の柔らかい隠れた部分に多い。刺し口の所属リンパ節は発熱する前頃から次第に腫脹する。第3～4病日より不定型の発疹が出現するが、発疹は顔面、体幹に多く四肢には少ない。テトラサイクリン系の有効な抗菌薬による治療が適切に行われると劇的に症状の改善がみられる。重症になると肺炎や脳炎症状を来す。北海道、沖縄など一部の地域を除いて全国で発生がみられる。

発生時期は春～初夏及び晩秋から冬であるが、媒介ツツガムシの生息地域によって異なる。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からつつが虫病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、つつが虫病患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、つつが虫病的無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、つつが虫病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、つつが虫病により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、つつが虫病により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、病理組織
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法による抗体の検出 (I g M抗体の検出又はベア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇)	血清

2.2 デング熱

(1) 定義

フラビウイルス科に属するデングウイルス感染症である。

(2) 臨床的特徴

2～14日 (多くは3～7日) の潜伏期の後に突然の高熱で発症する。頭痛、眼窩痛、顔面紅潮、結膜充血を伴う。発熱は2～7日間持続する (二峰性であることが多い)。初期症状に続いて全身の筋肉痛、骨関節痛、全身倦怠感を呈する。発症後3～4日後胸部、体幹からはじまる発疹が出現し、四肢、顔面へ広がる。症状は1週間程度で回復する。血液所見では高度の白血球減少、血小板減少がみられる。出血やショック症状を伴う重症型としてデング出血熱^(※)があり、全身管理が必要となることもある。ヒトからヒトへの直接感染はないが、熱帯・亜熱帯 (特にアジア、オセアニア、中南米) に広く分布する。海外で感染した人が国内で発症することがある。

(※) デング出血熱: デング熱とほぼ同様に発症経過するが、解熱の時期に血漿漏出や血小板減少による出血傾向に基づく症状が出現し、死に至ることもある。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からデング熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、デング熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

下記の4つの基準を全て満たした場合にはデング出血熱として届け出ること。

項目	内容
臨床症状	2～7日持続する発熱 (時に二峰性のパターンをとる)
血管透過性の亢進	以下の血漿漏出症状のうち1つ以上 ・ヘマトクリットの上昇 (補液なしで同性、同年代の者に比べ20%以上の上昇) ・ショック症状の存在 ・血清蛋白の低下あるいは、胸水又は腹水の存在
血小板の減少	100,000/mm ³ 以下
出血傾向	以下の出血傾向のうち1つ以上 ・Tourniquetテスト陽性 ・点状出血、斑状出血あるいは紫斑 ・粘膜あるいは消化管出血、あるいは注射部位や他の部位からの出血 ・血便

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、デング熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、デング熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、デング熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、デング熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
非構造蛋白抗原（NS1）の検出	血液（血清又は全血）
I g M抗体の検出（ベア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清
中和試験又は赤血球凝集阻止法による抗体の検出（ベア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	

2.3 東部ウマ脳炎

(1) 定義

トガウイルス科アルファウイルス属に属する東部ウマ脳炎ウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然界では蚊と鳥の間で感染環が維持されており、鳥への媒介蚊は主にハボシカ属の蚊であるが、キンイロヤブカなども関係する。ヒトへの感染は主にヤブカの刺咬による。潜伏期間は 3～10 日であり、高熱、悪寒、倦怠感、筋肉痛などを生じるが、1～2 週間で回復することが多い。しかし、ときには脳炎を発症して、昏睡、死亡に至ることがある。脳炎は 50 歳以上や 15 歳以下で起こりやすく、致死率は 33% にも上り、生残者の半数は軽度～高度の永続的な神経学的後遺症を残す。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から東部ウマ脳炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、東部ウマ脳炎患者と診断した場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直ちにしなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が (2) の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、東部ウマ脳炎の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直ちにしなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、東部ウマ脳炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、東部ウマ脳炎により死亡したと判断した場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、東部ウマ脳炎により死亡したと疑われる場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直に行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清、髄液
中和試験による抗体の検出（ベア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

2.4 鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1 及び H7N9）を除く。）

(1) 定義

トリに対して感染性を示す A 型インフルエンザウイルス（H5N1 及び

H7N9 亜型を除く。）のヒトへの感染症である。

(2) 臨床的特徴

鳥インフルエンザウイルスに感染した家禽などからヒトへウイルスが感染することがごくまれに起こる。H5、H7、H9 亜型ウイルスのヒトへの感染が報告されており、1997 年の香港での A/H5N1、2003 年オランダでの A/H7N7 による事例では、ヒトからヒトへの感染伝播も起こったと報告されている。

鳥インフルエンザウイルスの H5、H7 亜型の感染例では、潜伏期間は通常のインフルエンザと同じく 1～3 日と考えられており、症状は突然の高熱、咳などの呼吸器症状の他、下痢、重篤な肺炎、多臓器不全などの全身症状を引き起こす重症例もある。A/H7N7 亜型ウイルスの感染では結膜炎を起こした例が多い。

香港などで数例報告されている A/H9N2 亜型ウイルスによる感染では、発熱、咳等の通常のインフルエンザ様症状を呈したと報告されている。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1 及び H7N9）を除く。）が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1 及び H7N9）を除く。）患者と診断した場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が (2) の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1 及び H7N9）を除く。）の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1 及び H7N9）を除く。）が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鳥インフルエンザ（鳥インフルエンザ（H5N1 及び H7N9）を除く。）により死亡したと判断した場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、鳥インフルエンザにより（鳥インフルエンザ（H5N1 及び H7N9）を除く。）死亡したと疑われる場合には、法第 12 条第 1 項の規定による届出を直に行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液、肺胞洗浄液、剖検材料
検体から直接の P C R法による病原体の遺伝子の検出	
中和試験による抗体の検出	血清

2.5 ニパウイルス感染症

(1) 定義

ニパウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

感染経路は感染動物（主にブタ）の体液や組織との接触によると考えられている。通常、発熱と筋肉痛などのインフルエンザ様症状を呈し、その一部が意識障害、痙攣などを伴い、脳炎を発症する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からニパウイルス感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ニパウイルス感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちにしなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ニパウイルス感染症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちにしなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ニパウイルス感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ニパウイルス感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちにしなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ニパウイルス感染症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちにしなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液（急性期）、 咽頭拭い液、鼻腔 拭い液、尿、病理 組織
免疫染色による病原体の抗原の検出	
P C R法による病原体の遺伝子の検出（剖検例 は中枢神経系組織からも検出される）	
E L I S A法又は中和試験による抗体の検出（I g M抗体の検出（E L I S A法のみ）又はペア血 清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	血清

26 日本紅斑熱

(1) 定義

日本紅斑熱リケッチア (*Rickettsia japonica*) による感染症である。

(2) 臨床的特徴

日本紅斑熱リケッチアを保有するマダニ（キチマダニ、フタトゲチマダニなど）に刺されることで感染する。刺されてから2～8日頃から頭痛、全身倦怠感、高熱などを伴って発症する。刺し口を見つけることは診断の助けとなる。高熱とはば同時に紅色の斑丘疹が手足など末梢部から求心性に多発する。リンパ節腫脹はあまりみられない。C R P陽性、白血球減少、血小板減少、肝機能異常などはつつが虫病と同様であるが、つつが虫病に比べD I Cなど重症化しやすい。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から日本紅斑熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、日本紅斑熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちにしなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、日本紅斑熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、日本紅斑熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、日本紅斑熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちにしなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、日本紅斑熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちにしなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、病理組織
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
間接蛍光抗体法又は間接免疫ペルオキシダーゼ法 による抗体の検出（I g M抗体の検出又はペア血 清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	血清

27 日本脳炎

(1) 定義

フラビウイルス科に属する日本脳炎ウイルスの感染による急性脳炎である。ブタが増幅動物となり、コガタアカイエカなどの蚊が媒介する。

(2) 臨床的特徴

感染後1～2週間の潜伏期を経て、急激な発熱と頭痛を主訴として発症する。その他、初発症状として全身倦怠感、食欲不振、吐き気、嘔吐、腹痛も存在する。その後、症状は悪化し、項部硬直、羞明、意識障害、興奮、仮面様顔貌、筋硬直、頭部神経麻痺、眼振、四肢振戦、不随意運動、運動失調、病的反射が出現する。知覚障害はまれである。発熱は発症4～5日に最も高くなり、熱はその後次第に低下する。致死率は約25%、患者の50%は後遺症を残し、その他は回復する。死亡する場合は発症後1週間程度で死亡する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から日本脳炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、日本脳炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、日本脳炎の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、日本脳炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、日本脳炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、日本脳炎により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清、髄液
中和試験又は赤血球凝集阻止法又は補体結合反応による抗体の検出（ベア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

2.8 ハンタウイルス肺症候群

（１）定義

ブニヤウイルス科、ハンタウイルス属の新世界ハンタウイルス（シンノブレウイルス等）による急性呼吸器感染症である。

（２）臨床的特徴

前駆症状として発熱と筋肉痛がみられる。次いで咳、急性に進行する呼吸困難が特徴的で、しばしば消化器症状及び頭痛を伴う。頻呼吸、頻拍の出現頻度が高い。半数に低血圧等を伴う。発熱・悪寒は１～４日続き、次いで進行性呼吸困難、酸素不飽和状態に陥る（肺水腫、肺浮腫による）。早い場合は発症後２４時間以内の死亡も頻繁にみられる。肺水腫等の機序は心原性ではない。X線で肺中に広範な滲出液の貯留した特徴像が出る。致死率は４０～５０％である。

感染経路としては、①ウイルスを含む排泄物（尿、便）、唾液により汚染されたほこりを吸い込む（これが最も多い）、②手足の傷口からウイルスに汚染されたネズミの排泄物、唾液が接触して入る、③ネズミに咬まれる等である。

媒介動物は、米国ではシカシロアシネズミが、南米ではコットンラットがウイルス保有動物として最も一般的である。ウイルスを媒介するこの群のネズミは米国、カナダ、中南米（チリ、アルゼンチン等）にも存在する。このネズミとウイルスは日本では見つからない。

（３）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（２）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からハンタウイルス肺症候群が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ハンタウイルス肺症候群患者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直ちにしなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（２）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ハンタウイルス肺症候群の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ハンタウイルス肺症候群が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ハンタウイルス肺症候群により死亡したと判断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ハンタウイルス肺症候群により死亡したと疑われる場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直に行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、肺組織材料（生検、剖検による新鮮・凍結組織）
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
間接蛍光抗体法又はE L I S A法によるI g M抗体若しくはI g G抗体の検出	血清

2.9 Bウイルス病

（１）定義

マカク属のサルに常在するBウイルス（ヘルペスウイルス科・アルファヘルペスウイルス亜科）による熱性・神経性疾患である。

（２）臨床的特徴

サルによる咬傷後、症状発現までの潜伏期間は早い場合２日、通常２～５週間である。早期症状としては、サルとの接触部位（外傷部）周囲の水疱性あるいは潰瘍性皮膚粘膜病変、接触部位の疼痛、掻痒感、所属リンパ節腫脹を来し、中期症状としては発熱、接触部位の感覚異常、接触部位側の筋力低下あるいは麻痺を、眼にサルの分泌物等がはねとんだ際には結膜炎を来す。晩期には副鼻腔炎、項部強直、持続する頭痛、悪心・嘔吐、脳幹部症状として複視、構語障害、目まい、失語症、交差性麻痺及び知覚障害、意識障害、脳炎症状を来し、無治療での致死率は７０～８０％。生存例でも重篤な神経障害が後遺症としてみられる。

感染経路は実験室、動物園あるいはペットのマカク属サルとの接触（咬傷、擦過傷）及びそれらのサルの唾液、粘液とヒト粘膜との接触（とびはね）による。また実験室ではサルに使用した注射針の針刺し、培養ガラス器具による外傷によっても感染する。

（３）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（２）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からBウイルス病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、Bウイルス病患者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（２）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、Bウイルス病の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、Bウイルス病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、Bウイルス病により死亡したと判断した場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、Bウイルス病により死亡したと疑われる場合には、法第１２条第１項の規定による届出を直に行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	咽頭拭い液、脳脊髄液、咬傷部・擦過部位の生検組織
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
E L I S A法（ドットプロット法を含む）による抗体の検出 （注）ヒトではH S V－１とBウイルスの抗原性は交差するので、従来の抗原抗体反応系（蛍光抗体法等）は使用できない。	血清

3.0 鼻疽

（１）定義

鼻疽菌（*Burkholderia mallei*）による感染症である。

（２）臨床的特徴

主な感染経路は、ウマの分泌物の吸入あるいはそれらとの接触感染である。潜伏期間は通常１～１４日であるが、まれに年余にわたることもある。

初発症状は発熱、頭痛などであるが、重篤な敗血症性ショックを生じやすい。特徴的な局所症状はほとんどないが、皮膚に潰瘍を形成することもある。また、肺炎（急性壊死性肺炎）や肺膿瘍を発症する例もある。慢性感染の場合は、皮下、筋肉、腹部臓器などに膿瘍を形成する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から鼻疽が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鼻疽患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鼻疽の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、鼻疽が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、鼻疽により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、鼻疽により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	皮膚病変組織・膿・喀痰・咽頭拭い液・血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

3.1 ブルセラ症

(1) 定義

本症はウシ、ブタ、ヤギ、イヌ及びヒツジの感染症であるが、原因菌(*Brucella abortus*、*B. suis*、*B. melitensis*、及び*B. canis*)がヒトに感染して発症する。波状熱、マルタ熱、地中海熱などの名前でも呼ばれる。

(2) 臨床的特徴

感染動物の加熱殺菌不十分な乳・チーズなど乳製品や肉の喫食による経口感染が最も一般的である。家畜の流産仔や悪露への直接接触、汚染エアロゾルの吸入でも感染する。ヒト-ヒト感染は、授乳、性交、臓器移植による事例が報告されているが極めてまれである。*B. canis*は流産仔や悪露、血液などへの接触することにより感染するが、尿中に排菌されることも知られている。

潜伏期間は通常1～3週、時に数ヶ月との報告がある。臨床所見としては倦怠感、発熱、発汗、腰背部痛、関節痛、悪寒などインフルエンザ様で、その他、関節炎、リンパ節腫脹、脾腫、肝腫、中枢神経症状が見られることもある。合併症として、仙腸骨炎、心内膜炎、肺炎、骨髄炎、膵炎を呈することがある。未治療時の致死率は5%程度で、心内膜炎が死亡原因の大半を占める。男性では20%程度の患者に、精巣上体炎・精巣痛があらわれる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からブルセラ症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ブルセラ症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、

それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ブルセラ症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ブルセラ症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ブルセラ症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ブルセラ症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、骨髄、膿瘍
試験管凝集反応による抗体の検出（抗原がアポルトタスの場合は40倍以上、カニスの場合は160倍以上の抗体価）	血清

3.2 ベネズエラウマ脳炎

(1) 定義

トガウイルス科アルファウイルス属に属するベネズエラウマ脳炎ウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然界ではイエカとげっ歯類の間で感染環が維持されている。ヒトへの感染もイエカの刺咬によって生じる。潜伏期間は2～5日であり、発熱、頭痛、筋肉痛、硬直などを生じる。中枢神経病変を生じると項部硬直、痙攣、昏睡、麻痺などがみられるが、これらは15歳未満の小児患者の4%にみられる。致死率は10～20%とされている。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からベネズエラウマ脳炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ベネズエラウマ脳炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ベネズエラウマ脳炎の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ベネズエラウマ脳炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ベネズエラウマ脳炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ベネズエラウマ脳炎により死亡したと疑われる場合には、法第12

条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
I g M抗体の検出	血清、髄液
中和試験による抗体の検出（ベア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

3.3 ヘンドラウイルス感染症

(1) 定義

パラミクソウイルス科ニパウイルス属に属するヘンドラウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然宿主はオオコウモリである。ヒトへの感染は、動物（主にウマ）の体液や組織との接触感染によると考えられている。ヒト症例は非常に少数であり、臨床像の詳細は明らかでないが、発熱や筋肉痛などのインフルエンザ様症状から、重篤な肺炎、さらには脳炎による意識障害、痙攣などがありうる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からヘンドラウイルス感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ヘンドラウイルス感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ヘンドラウイルス感染症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ヘンドラウイルス感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ヘンドラウイルス感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ヘンドラウイルス感染症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液（急性期）、 咽頭拭い液、鼻腔 拭い液、尿、病理 組織
免疫染色による病原体の抗原の検出	
P C R法による病原体の遺伝子の検出（剖検例は中枢神経系組織からも検出される）	
E L I S A法又は中和試験による抗体の検出（I g M抗体の検出（E L I S A法のみ）又はベア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	血清

3.4 発しんチフス

(1) 定義

*Rickettsia prowazekii*による急性感染症で、コロモジラミによって媒介される。

(2) 臨床的特徴

発熱、頭痛、悪寒、脱力感、手足の疼痛を伴って突然発症する。熱は

39～40℃に急上昇する。発疹は発熱第5～6病日に、体幹から全身に広がるが、顔面、手掌、足底に出現することは少ない。発疹は急速に点状出血斑となる。患者は明らかな急性症状を呈するが、発熱からおよそ2週間後に急速に解熱する。重症例の半数に精神神経症状が出現する。

初感染後、潜伏感染し数年後に再発することがある（Brill Zinsser 病）が、症状は軽度である。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から発しんチフスが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、発しんチフス患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、発しんチフスの無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、発しんチフスが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、発しんチフスにより死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、発しんチフスにより死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、病理組織
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
補体結合反応又は間接酵素抗体法による抗体の検出	血清

3.5 ボツリヌス症

(1) 定義

ボツリヌス菌（*Clostridium botulinum*）が産生するボツリヌス毒素、又は *C. butyricum*、*C. baratii* などが産生するボツリヌス毒素により発症する神経、筋の麻痺性疾患である。

(2) 臨床的特徴

ボツリヌス毒素又はそれらの毒素を産生する菌の芽胞が混入した食品の摂取などによって発症する。潜伏期は、毒素を摂取した場合（食餌性ボツリヌス症）には、5時間～3日間（通常12～24時間）とされる。

神経・筋接合部、自律神経節、神経節後の副交感神経末端からのアセチルコリン放出の阻害により、弛緩性麻痺を生じ、種々の症状（全身の違和感、複視、眼瞼下垂、嚥下困難、口渇、便秘、脱力感、筋力低下、呼吸困難など）が出現し、適切な治療を施さない重症患者では死亡する場合がある。

感染経路の違いにより、以下の4つの病型に分類される。

ア 食餌性ボツリヌス症（ボツリヌス中毒）

食品中でボツリヌス菌が増殖して産生された毒素を経口的に摂取することによって発症

イ 乳児ボツリヌス症

1歳未満の乳児が菌の芽胞を摂取することにより、腸管内で芽胞が発芽し、産生された毒素の作用によって発症

ウ 創傷ボツリヌス症

創傷部位で菌の芽胞が発芽し、産生された毒素により発症

エ 成人腸管定着ボツリヌス症

ボツリヌス菌に汚染された食品を摂取した1歳以上のヒトの腸管に数ヶ月間菌が定着し毒素を産生し、乳児ボツリヌス症と類似の症状が長期にわたって持続

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からボツリヌス症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ボツリヌス症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちにしなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ボツリヌス症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちにしなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ボツリヌス症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ボツリヌス症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ボツリヌス症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

検査方法	検査材料
ボツリヌス毒素の検出	血液、便、吐物、腸内容物、創部の浸出液
分離・同定による病原体の検出、かつ、分離菌における次の①、②いずれかによるボツリヌス毒素の確認	
①毒素産生の確認 ②PCR法による毒素遺伝子の検出	
原因食品からのボツリヌス毒素の検出	原因食品
ボツリヌス抗毒素抗体の検出（数か月後）	血清

3.6 マラリア

(1) 定義

マラリアは*Plasmodium*属原虫の*Plasmodium vivax*（三日熱マラリア原虫）、*Plasmodium falciparum*（熱帯熱マラリア原虫）、*Plasmodium malariae*（四日熱マラリア原虫）、*Plasmodium ovale*（卵形マラリア原虫）などの単独又は混合感染に起因する疾患であり、特有の熱発作、貧血及び脾腫を主徴とする。ハマダラカによって媒介される。

(2) 臨床的特徴

最も多い症状は発熱と悪寒で、発熱の数日前から全身倦怠感や背部痛、食欲不振など不定の前駆症状を認めることがある。熱発は間隔をあけて発熱期と無熱期を繰り返す。発熱期は悪寒を伴って体温が上昇する悪寒期（1～2時間）と、悪寒がとれて熱感を覚える灼熱期（4～5時間）に分かれる。典型的には三日熱及び四日熱マラリアでは悪寒期に戦慄を伴うことが多い。

発熱期には頭痛、顔面紅潮や吐き気、関節痛などを伴う。その後に発汗・解熱し、無熱期へ移行する。発熱発作の間隔は虫種により異なり、三日熱と卵形マラリアで48時間、四日熱マラリアで72時間である。熱帯熱マラリアでは36～48時間、あるいは不規則となる。他の症状としては脾腫、貧血、血小板減少などがあげられるが、原虫種、血中原虫数及び患者

の免疫状態によって異なる。

未治療の熱帯熱マラリアは急性の経過を示し、錯乱など中枢神経症状（マラリア脳症）、急性腎不全、重度の貧血、低血糖、DICや肺水腫を併発して発病数日以内に重症化し、致命的となる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からマラリアが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、マラリア患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、マラリアの無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、マラリアが疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、マラリアにより死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、マラリアにより死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

検査方法	検査材料
顕微鏡下でのマラリア原虫の証明、かつ、原虫種の確認による病原体の検出	血液
核酸増幅法による病原体の遺伝子の検出（PCR法・LAMP法・その他）	
フローサイトメトリー法によるマラリア原虫感染赤血球の検出	

3.7 野兔病

(1) 定義

野兔病菌（*Francisella tularensis*）による発熱性疾患である。

(2) 臨床的特徴

保菌動物の解体や調理の時の組織又は血液との接触や、マダニ、アブなど節足動物の刺咬により感染する。また、汚染した生水からも感染する。ヒトは感受性が高く、健康な皮膚からも感染する。ヒトからヒトへの感染の報告はない。潜伏期間は3日をピークとする1～7日である。初期症状は菌の侵入部位によって異なり、潰瘍リンパ節型、リンパ節型、眼リンパ節型、肺炎型などがある。一般的には悪寒、波状熱、頭痛、筋肉痛、所属リンパ節の腫脹と疼痛などの症状がみられる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から野兔病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、野兔病患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、野兔病の無症状病原体保有者と診断した場

合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、野兔病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、野兔病により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、野兔病により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	病巣部拭い液、摘出リンパ節、リンパ節穿刺液、咽頭拭い液
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
菌凝集反応法による抗体の検出（単一血清で40倍以上、又はペア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	血清

38 ライム病

(1) 定義

マダニ (Ixodes 属) 刺咬により媒介されるスピロヘータ (ライム病ボレリア; *Borrelia burgdorferi* sensu lato) 感染症である。

(2) 臨床的特徴

感染初期 (stage I) には、マダニ刺咬部を中心として限局性に特徴的な遊走性紅斑を呈することが多い。随伴症状として、筋肉痛、関節痛、頭痛、発熱、悪寒、全身倦怠感などのインフルエンザ様症状を伴うこともある。紅斑の出現期間は数日から数週間といわれ、形状は環状紅斑又は均一性紅斑がほとんどである。

播種期 (stage II) には、体内循環を介して病原体が全身性に拡散する。これに伴い、皮膚症状、神経症状、心疾患、眼症状、関節炎、筋肉炎など多彩な症状が見られる。

感染から数か月ないし数年を経て、慢性期 (stage III) に移行する。患者は播種期の症状に加えて、重度の皮膚症状、関節炎などを示すといわれる。本邦では、慢性期に移行したとみられる症例は現在のところ報告されていない。症状としては、慢性萎縮性肢端皮膚炎、慢性関節炎、慢性脳脊髄炎などがあげられる。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からライム病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ライム病患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ライム病の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ライム病が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、

ライム病により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ライム病により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	紅斑部の皮膚、髄液（髄膜炎、脳炎の場合）
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
Western Blot法による抗体の検出	血清

39 リッサウイルス感染症

(1) 定義

狂犬病ウイルスを除くリッサウイルス属のウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

本ウイルスを保有する野生のコウモリとの接触により感染すると考えられている。潜伏期間は狂犬病ウイルスに準じた期間と考えられる（20～90日が基本的な潜伏期間。咬傷部位や数によって潜伏期間も異なってくると思われる）。

臨床症状としては、頭痛、発熱、全身倦怠感、創傷部位の知覚過敏や疼痛を伴う場合があり、興奮、恐水症状、精神錯乱などの中枢神経症状を伴う場合もある。一般的に、発症後2週間以内に死亡する。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からリッサウイルス感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、リッサウイルス感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、リッサウイルス感染症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、リッサウイルス感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、リッサウイルス感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、リッサウイルス感染症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	唾液
蛍光抗体法による病原体の抗原の検出	角膜塗抹標本、頸部の皮膚、気管吸引材料及び唾液腺の生検材料、脳組織及び脳乳剤
P C R法による病原体の遺伝子の検出	唾液、髄液、脳組織

4.0 リフトバレー熱

(1) 定義

ブニヤウイルス科フレボウイルス属に属するリフトバレー熱ウイルスによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然界では、主にヤブカ属の蚊と牛や羊の間で感染環が維持されている。ヒトへの感染は、主に蚊あるいは他の吸血性昆虫の刺咬によるが、動物の血液や他の体液による接触感染もありうる。潜伏期間は2～6日で、発熱、頭痛、筋肉痛、背部痛等のインフルエンザ様症状を呈し、項部硬直、肝機能障害、羞明、嘔吐を呈することもあるが、通常は4～7日で回復する。重症例では網膜炎(0.5～2%)、出血熱(<1%)、脳炎(<1%)を発症することがある。致死率は全体としては1%程度であるが、出血熱を呈した場合には50%にも達する。後遺症としては、網膜炎後の失明が重要である。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からリフトバレー熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、リフトバレー熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、リフトバレー熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、リフトバレー熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、リフトバレー熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、リフトバレー熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
中和試験による抗体の検出	血清
ELISA法又は蛍光抗体法によるIgM抗体若しくはIgG抗体の検出	

4.1 類鼻疽

(1) 定義

類鼻疽菌(*Burkholderia pseudomallei*)による感染症である。

(2) 臨床的特徴

主な感染経路は土壌や地上水との接触感染であるが、粉塵の吸入や飲水などによることもある。潜伏期間は通常3～21日であるが、年余にわたることもある。皮膚病変としてはリンパ節炎をともなう小結節を形成し、発熱を伴うこともある。呼吸器系病変としては気管支炎、肺炎を発症するが、通常は高熱を伴い、胸痛を生じ、乾性咳嗽、あるいは正常喀痰の湿性咳嗽がみられる。HIV感染症、腎不全、糖尿病などの基礎疾患を有する場合には、敗血症性ショックを生じることがある。慢性感染では関節、肺、腹部臓器、リンパ節、骨などに膿瘍を形成する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から類鼻疽が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、類鼻疽患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、類鼻疽の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、類鼻疽が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、類鼻疽により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、類鼻疽により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	喀痰・咽頭拭い液・膿・皮膚 病変組織・血液
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

4.2 レジオネラ症

(1) 定義

Legionella 属菌(*Legionella pneumophila* など)が原因で起こる感染症である。

(2) 臨床的特徴

在郷軍人病(レジオネラ肺炎)とポンティアック熱が主要な病型である。腹痛、下痢、意識障害、歩行障害などを伴うことがある。臨床症状で他の細菌性肺炎と区別することは困難である。

免疫不全者の場合には、肺炎の劇症化と多臓器不全が起こることがある。

なお、届出上の病型については、肺炎若しくは多臓器不全の認められるものを肺炎型とし、それ以外をポンティアック熱型とする。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からレジオネラ症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、レジオネラ症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、レジオネラ症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、レジオネラ症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、レジオネラ症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、レジオネラ症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	肺組織、喀痰、胸水、血液、 その他の無菌的部位、気道分泌物
蛍光抗体法による病原体の抗原の検出	
酵素抗体法又はイムノクロマト法による病原体の抗原の検出	尿
P C R 法による病原体の遺伝子の検出	肺組織、喀痰、胸水、血液、 その他の無菌的部位、気道分泌物、尿
L A M P 法による病原体の遺伝子の検出	喀痰
間接蛍光抗体法又はマイクロプレート凝集反応による抗体の検出（ベア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇で、少なくとも1回は128倍以上、又は単一血清で256倍以上）	血清

4.3 レプトスピラ症

(1) 定義

病原性レプトスピラ（*Leptospira interrogans* など）による、多様な症状を示す急性の熱性疾患である。

(2) 臨床的特徴

病原性レプトスピラを保有しているネズミ、イヌ、ウシ、ウマ、ブタなどの尿で汚染された下水や河川、泥などにより経皮的に、時には汚染された飲食物の摂取により経口的にヒトに感染する。

黄疸、出血、腎障害などの症状が見られる。重症型の黄疸出血性レプトスピラ病（ワイル病）と、軽症型の秋季レプトスピラ病やイヌ型レプトスピラ病などがある。

ワイル病は黄疸、出血、蛋白尿を主徴とし、最も重篤である。

潜伏期間は3～14日で、突然の悪寒、戦慄、高熱、筋肉痛、眼球結膜の充血が生じ、4～5病日後、黄疸や出血傾向が増強する場合もある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からレプトスピラ症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、レプトスピラ症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、レプトスピラ症の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、レプトスピラ症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、レプトスピラ症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見

から、レプトスピラ症により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、髄液、尿
P C R 法による病原体の遺伝子の検出	
顕微鏡下凝集試験法(MA T)による抗体の検出（ベア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

4.4 ロッキー山紅斑熱

(1) 定義

紅斑熱群リケッチアに属するロッキー山紅斑熱リケッチア（*Rickettsia rickettsii*）による感染症である。

(2) 臨床的特徴

自然界ではダニ、げっ歯類、大動物（イヌなど）の間で感染環が維持されている。ヒトへの感染はダニの刺咬による。潜伏期間は3～12日であり、頭痛、全身倦怠感、高熱などで発症する。通常、つつが虫病などでみられるような刺し口は生じない。高熱とほぼ同時に、紅色の斑丘疹が手足などの末梢部から求心性に多発し、部位によっては点状出血を伴う。ときにリンパ節腫脹がみられる。その後、中枢神経系症状、不整脈、乏尿、ショックなどの合併症を呈する。診断・治療の遅れ、高齢者、発疹がみられない、ダニの刺咬歴がある、冬季の発症などでは、致死率が高い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からロッキー山紅斑熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ロッキー山紅斑熱患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が(2)の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ロッキー山紅斑熱の無症状病原体保有者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ロッキー山紅斑熱が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ロッキー山紅斑熱により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

エ 感染症死亡疑い者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ロッキー山紅斑熱により死亡したと疑われる場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、病理組織
P C R 法による病原体の遺伝子の検出	
間接蛍光抗体法又はELISA法による抗体の検出（IgM抗体の検出又はベア血清による抗体陽転若しくは抗体価の有意の上昇）	血清

第6 五類感染症

1 アメーバ赤痢

(1) 定義

赤痢アメーバ (*Entamoeba histolytica*) の感染に起因する疾患で、消化器症状を主症状とするが、それ以外の臓器にも病変を形成する。

(2) 臨床的特徴

病型は腸管アメーバ症と腸管外アメーバ症に大別される。

ア 腸管アメーバ症

下痢、粘血便、しぶり腹、鼓腸、排便時の下腹部痛、不快感などの症状を伴う慢性腸管感染症であり、典型的にはイチゴゼリー状の粘血便を排泄するが、数日から数週間の間隔で増悪と寛解を繰り返すことが多い。潰瘍の好発部位は盲腸から上行結腸にかけてと、S字結腸から直腸にかけての大腸である。まれに肉芽腫性病変が形成されたり、潰瘍部が壊死性に穿孔したりすることもある。

イ 腸管外アメーバ症

多くは腸管部よりアメーバが血行性に転移することによるが、肝膿瘍が最も高頻度にみられる。成人男性に多い。高熱(38～40℃)、季肋部痛、吐き気、嘔吐、体重減少、寝汗、全身倦怠感を伴う。膿瘍が破裂すると腹膜、胸膜や心外膜にも病変が形成される。その他、皮膚、脳や肺に膿瘍が形成されることがある。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からアメーバ赤痢が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、アメーバ赤痢患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、アメーバ赤痢が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、アメーバ赤痢により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
顕微鏡下での病原体の検出	便、病変部(大腸粘膜組織、膿瘍液)
ELISA法による病原体の抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
イムノクロマト法による病原体の抗原の検出	便
抗体の検出	血清

2 ウイルス性肝炎(Ｅ型肝炎及びＡ型肝炎を除く)

(1) 定義

ウイルス感染を原因とする急性肝炎(B型肝炎、C型肝炎、その他のウイルス性肝炎)である。慢性肝疾患、無症候性キャリア及びこれらの急性増悪例は含まない。

(2) 臨床的特徴

一般に全身倦怠感、感冒様症状、食欲不振、悪感、嘔吐などの症状で急性に発症して、数日後に褐色尿や黄疸を伴うことが多い。発熱、肝機能異常、その他の全身症状を呈する発病後間もない時期には、かぜあるいは急性胃腸炎などと類似した症状を示す。

潜伏期間は、B型肝炎では約3か月間、C型肝炎では2週間から6か月間である。

臨床病型は、黄疸を伴う定型的急性肝炎のほかに、顕性黄疸を示さない無黄疸性肝炎、高度の黄疸を呈する胆汁うっ滞性肝炎、急性肝不全症状を呈する劇症肝炎などに分類される。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からウイルス性肝炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ウイルス性肝炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ウイルス性肝炎が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ウイルス性肝炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

(ア) B型肝炎

検査方法	検査材料
IgMHBc抗体の検出(明らかなキャリアからの急性増悪例は含まない)	血清

(イ) C型肝炎

検査方法	検査材料
抗体陰性で、HCV RNA又はHCVコア抗原の検出	血清
ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇	

(ウ) その他のウイルス性肝炎

その他のウイルス性肝炎の届出を行う際には、病原体の名称と、検査方法、検査材料についても届け出る。

ウ その他

ウイルス性肝炎の届出基準を満たすもので、かつ、劇症肝炎となったものについては、届出票の「症状」欄にその旨を記載する。

劇症肝炎については、以下の基準を用いる。

ア 肝炎のうち、症状発現後8週以内に高度の肝機能障害に基づいて肝性昏睡Ⅱ度以上の脳症をきたし、プロトロンビン時間40%以下を示すもの。

イ 発病後10日以内の脳症の発現は急性型、それ以降の発現は亜急性型とする。

3 カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症

(1) 定義

メロベネムなどのカルバペネム系薬剤及び広域β-ラクタム剤に対して耐性を示す腸内細菌目細菌による感染症である。

(2) 臨床的特徴

主に感染防御機能の低下した患者や外科手術後の患者、抗菌薬を長期にわたって使用している患者などに感染症を起こす。健康者に感染症を起こすこともある。肺炎などの呼吸器感染症、尿路感染症、手術部位や外傷部位の感染症、カテーテル関連血流感染症、敗血症、髄膜炎その他多様な感染症を起こす。ただし、無症状で腸管等に保菌されることも多い。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からカルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届

出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による腸内細菌目細菌の検出かつ、次のいずれかを満たすことを確認 ア メロペネムのMICが2 µg/mL以上であること、又はメロペネムの感受性ディスク（KB）の阻止円直径が22mm以下であること イ 薬剤感受性試験の結果が上記、アを満たさない場合であっても、イムノクロマト法によるカルバペネマーゼ産生、又はカルバペネマーゼ遺伝子が確認されること	血液、腹水、胸水、髄液その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定による腸内細菌目細菌の検出かつ分離菌が感染症の起因菌と判定されることに加え、次のいずれかを満たすことを確認 ア メロペネムのMICが2 µg/mL以上であること、又はメロペネムの感受性ディスク（KB）の阻止円直径が22mm以下であること イ 薬剤感受性試験の結果が上記、アを満たさない場合であっても、イムノクロマト法によるカルバペネマーゼ産生、又はカルバペネマーゼ遺伝子が確認されること	喀痰、膿、尿その他の通常無菌的ではない検体

4 急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く。）

(1) 定義

ウイルスなどの種々の病原体の感染により弛緩性の運動麻痺症状を呈する感染症である。

(2) 臨床的特徴

多くは何らかの先行感染を伴い、手足や呼吸筋などに筋緊張の低下、筋力低下、深部腱反射の減弱ないし消失、筋萎縮などの急性の弛緩性の運動麻痺症状を呈する。発症機序が同一ではないが、同様の症状を呈するポリオ様麻痺、急性弛緩性脊髄炎、急性脳脊髄炎、急性脊髄炎、ギラン・バレー症候群、急性横断性脊髄炎、Hopkins 症候群等もここには含まれる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から急性弛緩性麻痺が疑われ、かつ、(4)届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者の死体を検案した結果、症状や所見から、急性弛緩性麻痺が疑われ、かつ、(4)の届出のために必要な要件を満たすと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(4) 届出に必要な要件（3つすべてを満たすもの）

ア 15歳未満
イ 急性の弛緩性の運動麻痺症状を伴って死亡した者、又は当該症状が24時間以上消失しなかった者
ウ 明らかに感染性でない血管障害、腫瘍、外傷、代謝障害などでないこと、及び痙攣性麻痺でないこと

5 急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く。）

(1) 定義

ウイルスなど種々の病原体の感染による脳実質の感染症である。炎症所見が明らかなではないが、同様の症状を呈する脳症もここには含ま

れる。

(2) 臨床的特徴

多くは何らかの先行感染を伴い、高熱に続き、意識障害や痙攣が突然出現し、持続する。髄液細胞数が増加しているものを急性脳炎、正常であるものを急性脳症と診断することが多いが、その臨床症状に差はない。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から急性脳炎が疑われ、かつ、(4)の届出のために必要な臨床症状を呈しているため、急性脳炎患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、急性脳炎が疑われ、かつ、(4)の届出のために必要な臨床症状を呈しているため、急性脳炎により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状

意識障害を伴って死亡した者、又は意識障害を伴って24時間以上入院した者のうち、以下のうち、少なくとも1つの症状を呈した場合である。

熱性痙攣、代謝疾患、脳血管障害、脳腫瘍、外傷など、明らかに感染性とは異なるものは除外する。

ア 38℃以上の高熱
イ 何らかの中枢神経症状
ウ 先行感染症状

6 クリプトスポリジウム症

(1) 定義

クリプトスポリジウム属原虫（*Cryptosporidium spp.*）のオーシストを経口摂取することによる感染症である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期は4～5日ないし10日程度と考えられ、無症状のものから、食欲不振、嘔吐、腹痛、下痢などを呈するものまで様々である。

患者の免疫力が正常であれば、通常は数日間ですべて自然治癒するが、エイズなどの各種の免疫不全状態にある場合は、重篤な感染を起こすことがあり、1日に3～5リットル、時に10リットルをこえる下痢によって死亡することもある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からクリプトスポリジウム症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、クリプトスポリジウム症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、クリプトスポリジウム症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、クリプトスポリジウム症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
鏡検による原虫（オーシスト）の証明による病原体の検出	便、生検組織、十二指腸液、胆汁、脾液
酵素抗体法又はイムノクロマト法による病原体抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

7 クロイツフェルト・ヤコブ病

(1) 定義

クロイツフェルト・ヤコブ病（以下「CJD」という。）に代表されるプリオン病とは、その感染因子が細菌やウイルスと異なり、核酸を持たない異常プリオン蛋白と考えられている伝播可能な致死性疾患である。すべてのプリオン病は中枢神経に異常プリオン蛋白が蓄積することによって発症し、致死性である。長い潜伏期を有する等の共通した特徴があるが、その臨床像は多彩である。

(2) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、症状や所見からクロイツフェルト・ヤコブ病が疑われる者を診察し、かつ、(3) 届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、症状や所見からクロイツフェルト・ヤコブ病が疑われる死体を検案し、かつ、(3) 届出に必要な要件を満たし、クロイツフェルト・ヤコブ病により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

(3) 届出に必要な要件

ア 孤発性プリオン病

(ア) 進行性認知症を示し、表1に掲げる疾患等他の疾病を除外できる症例

(イ) ①ミオクロヌス、②錐体路又は錐体外路症状、③小脳症状又は視覚異常、④無動性無言の4項目のうち2項目以上の症状を示す症例

(ウ) 脳波に周期性同期性放電（PSD）を認める症例

(エ) プリオン病に特徴的な病理所見を呈する症例、又は Western Blot 法や免疫染色法で脳に異常なプリオン蛋白を検出し得た症例

- ・疑い（possible）上記（ア）、（イ）の両方を満たす症例
- ・ほぼ確実（probable）上記（ア）～（ウ）をすべて満たす症例
- ・確実（definite）上記（エ）を満たす症例

イ 遺伝性プリオン病

遺伝性プリオン病には、ゲルストマン・ストロイラー・シャインカー病（GSS）及び家族性致死性不眠症（FFI）がある。

(ア) 表2、3に掲げる疾患等他の疾病を除外できる症例

(イ) 遺伝性プリオン病を示唆する家族歴がある症例

(ウ) 遺伝性プリオン病として臨床所見が矛盾しない症例

(エ) プリオン蛋白遺伝子変異が証明された症例

(オ) プリオン病に特徴的な病理所見を呈する症例、又は Western Blot 法や免疫染色法で脳に異常なプリオン蛋白を検出し得た症例

- ・疑い（possible）上記（ア）～（ウ）をすべて満たす症例
- ・ほぼ確実（probable）上記（ア）、（ウ）、（エ）をすべて満たす症例
- ・確実（definite）上記（エ）、（オ）の両方を満たす症例

ウ 感染性プリオン病

(ア) 医原性CJD

孤発性プリオン病と同様の症状、所見を有する症例のうち、ヒト由来乾燥硬膜移植、ヒト由来角膜移植、ヒト下垂体由来の成長ホルモンやゴナドトロピンの使用等の既往がある症例。診断の確実度は(3)ア 孤発性プリオン病と同じ。

(イ) 変異型CJD

I

- A. 進行性精神・神経障害
- B. 経過が6か月以上
- C. 一般検査上、他の疾患が除外できる
- D. 医原性の可能性が低い
- E. 家族性プリオン病を否定できる

II

- A. 発病初期の精神症状^a
- B. 遷延性の痛みを伴う感覚障害^b
- C. 失調
- D. ミオクロヌスカ、舞踏運動か、ジストニア

E. 認知症

III

A. 脳波でPSD陰性^c（又は脳波が未施行）

B. MRI で両側対称性の視床枕の高信号^d

IV

A. 口蓋扁桃生検で異常プリオン陰性^e

・確実例：I Aと神経病理で確認したもの^f

・ほぼ確実例：I + II の4/5項目 + III A + III B 又は I + IV A

・疑い例：I + II の4/5項目 + III A

V 表4に掲げる疾患等の他の疾病を除外できる症例

^a抑鬱、不安、無関心、自閉、錯乱

^bはっきりとした痛みや異常感覚

^c約半数で全般性三相性周期性複合波

^d大脳灰白質や深部灰白質と比較して

^e口蓋扁桃生検をルーチンに施行したり、孤発性CJDに典型的な脳波所見を認める例に施行することは推奨されないが、臨床症状は矛盾しないが視床枕に高信号を認めない変異型CJD疑い例には有用である。

^f大脳と小脳の全体にわたって海綿状変化と広範なプリオン蛋白陽性の花弁状クールー斑

表1. 孤発性プリオン病と鑑別を要する疾患

- ・アルツハイマー病
- ・非定型アルツハイマー病
- ・前頭葉・側頭葉型認知症
- ・脳血管障害
- ・パーキンソン痴呆症候群
- ・脊髄小脳変性症
- ・認知症を伴う運動ニューロン疾患
- ・悪性リンパ腫
- ・神経梅毒
- ・てんかん
- ・脳炎、髄膜炎
- ・エイズ脳症
- ・自己免疫性脳症
- ・傍腫瘍性症候群
- ・代謝性脳症（ウェルニッケ脳症、甲状腺疾患に伴う脳症、肝不全、腎不全、薬物中毒等）
- ・低酸素脳症
- ・ミトコンドリア脳筋症
- ・その他の原因による老年期認知症性疾患（大脳皮質基底核変性症、進行性核上性麻痺、レビー小体病等）
- ・内因性精神病
- ・孤発性プリオン病以外のプリオン病

表2. ゲルストマン・ストロイラー・シャインカー病（GSS）と鑑別を要する疾患

- ・家族性痙性対麻痺
- ・脊髄小脳変性症
- ・アルツハイマー病
- ・脳血管障害
- ・脳炎、髄膜炎
- ・自己免疫性脳症
- ・傍腫瘍性症候群
- ・パーキンソン痴呆症候群
- ・認知症を伴う運動ニューロン疾患
- ・代謝性脳症（リビドーシス、薬物中毒等）
- ・ミトコンドリア脳筋症
- ・その他の病因による老年期認知症性疾患（進行性核上性麻痺等）
- ・GSS以外のプリオン病

表3. 家族性致死性不眠症（F F I）と鑑別を要する疾患

- ・視床変性症
- ・非定型アルツハイマー病
- ・脊髄小脳変性症
- ・純粋自律神経不全症（pure autonomic failure）
- ・シャイ・ドレーガー症候群
- ・脳血管障害
- ・自己免疫性脳症
- ・代謝性脳症（ウェルニッケ脳症等）
- ・悪性リンパ腫
- ・ミトコンドリア脳筋症
- ・脳炎、髄膜炎
- ・その他の病因による視床症候群
- ・その他の病因による老年期認知症性疾患（進行性核上性麻痺、レビー小体病等）
- ・F F I以外のプリオン病

表4. 変異型クロイツフェルト・ヤコブ病（v C J D）と鑑別を要する疾患

- ・内因性精神病
- ・視床変性症
- ・アルツハイマー病
- ・非定型アルツハイマー病
- ・脳血管障害
- ・自己免疫性脳症
- ・代謝性脳症（Wilson病、ウェルニッケ脳症、甲状腺疾患に伴う脳症、薬物中毒、リポドーシス等）
- ・脳炎、髄膜炎
- ・悪性リンパ腫
- ・神経梅毒
- ・その他の病因による視床症候群
- ・変異型C J D以外のプリオン病

8 劇症型溶血性レンサ球菌感染症

（1）定義

β溶血を示すレンサ球菌を原因とし、突発的に発症して急激に進行する敗血症性ショック病態である。

（2）臨床的特徴

初発症状は咽頭痛、発熱、消化管症状（食欲不振、吐き気、嘔吐、下痢）、全身倦怠感、低血圧などの敗血症症状、筋痛などであるが、明らかな前駆症状がない場合もある。後発症状としては軟部組織病変、循環不全、呼吸不全、血液凝固異常（D I C）、肝腎症状など多臓器不全を来し、日常生活を営む状態から24時間以内に多臓器不全が完結する程度の進行を示す。A群レンサ球菌等による軟部組織炎、壊死性筋膜炎、上気道炎・肺炎、産褥熱は現在でも致命的となりうる疾患である。

（3）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（2）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から劇症型溶血性レンサ球菌感染症が疑われ、かつ、（4）の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、（2）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、劇症型溶血性レンサ球菌感染症が疑われ、かつ、（4）の届出に必要な要件を満たし、劇症型溶血性レンサ球菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

（4）届出に必要な要件（以下のアの（ア）及び（イ）かつイを満たすもの）

ア 届出のために必要な臨床症状

（ア）ショック症状

（イ）（以下の症状のうち2つ以上）

肝不全、腎不全、急性呼吸窮迫症候群、D I C、軟部組織炎（壊死性筋膜炎を含む）、全身性紅斑性発疹、痙攣・意識消失などの中枢神経症状

イ 病原体診断の方法

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	通常無菌的な部位（血液、髄液、胸水、腹水）、生検組織、手術創、壊死軟部組織

9 後天性免疫不全症候群

（（1）定義

レトロウイルスの一種であるヒト免疫不全ウイルス（human immunodeficiency virus; H I V）の感染によって免疫不全が生じ、日和見感染症や悪性腫瘍が合併した状態。

（2）臨床的特徴

H I Vに感染した後、C D 4陽性リンパ球数が減少し、無症候性の時期（無治療で数年から10年程度）を経て、生体が高度の免疫不全症に陥り、日和見感染症や悪性腫瘍が生じてくる。

（3）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（2）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から後天性免疫不全症候群が疑われ、かつ、（4）イの届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（2）の臨床的特徴を呈していないが、（4）アの届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、（2）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、後天性免疫不全症候群が疑われ、かつ、（4）イの届出に必要な要件により、後天性免疫不全症候群により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

（4）届出に必要な要件

ア H I V感染症の診断（無症候期）

（ア）H I Vの抗体スクリーニング検査法（酵素抗体法（E L I S A）、粒子凝集法（P A）、免疫クロマトグラフィー法（I C）等）の結果が陽性であって、以下のいずれかが陽性的場合にH I V感染症と診断する。

① 抗体確認検査（Western Blot法等）

② H I V抗原検査、ウイルス分離及び核酸診断法（P C R等）等の病原体に関する検査（以下「H I V病原検査」という。）

（イ）ただし、周産期に母親がH I Vに感染していたと考えられる生後18か月未満の児の場合は少なくともH I Vの抗体スクリーニング法が陽性であり、以下のいずれかを満たす場合にH I V感染症と診断する。

① H I V病原検査が陽性

② 血清免疫グロブリンの高値に加え、リンパ球数の減少、C D 4陽性Tリンパ球数の減少、C D 4陽性Tリンパ球数／C D 8陽性Tリンパ球数比の減少という免疫学的検査所見のいずれかを有する。

イ A I D Sの診断

アの基準を満たし、下記の指標疾患（Indicator Disease）の1つ以上が明らかに認められる場合にA I D Sと診断する。ただし、（ア）の基準を満たし、下記の指標疾患以外の何らかの症状を認める場合には、その他とする。

指標疾患 (Indicator Disease)

A. 真菌症

1. カンジダ症 (食道、気管、気管支、肺)
2. クリプトコッカス症 (肺以外)
3. コクシジオイデス症
 - ①全身に播種したもの
 - ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの
4. ヒストプラズマ症
 - ①全身に播種したもの
 - ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの
5. ニューモシスティス肺炎
(注) *P.carinii* の分類名が *P.jiroveci* に変更になった

B. 原虫症

6. トキソプラズマ脳症 (生後1か月以後)
7. クリプトスポリジウム症 (1か月以上続く下痢を伴ったもの)
8. イソスボラ症 (1か月以上続く下痢を伴ったもの)

C. 細菌感染症

9. 化膿性細菌感染症 (13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により以下のいずれかが2年以内に、2つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの)
 - ①敗血症、②肺炎、③髄膜炎、④骨関節炎
 - ⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿瘍

10. サルモネラ菌血症 (再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く)

11. 活動性結核 (肺結核又は肺外結核) (※)

12. 非結核性抗酸菌症

- ①全身に播種したもの
- ②肺、皮膚、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの

D. ウイルス感染症

13. サイトメガロウイルス感染症 (生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外)
14. 単純ヘルペスウイルス感染症
 - ①1か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの
 - ②生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの

15. 進行性多巣性白質脳症

E. 腫瘍

16. カボジ肉腫
17. 原発性脳リンパ腫
18. 非ホジキンリンパ腫
19. 浸潤性子宮頸癌 (※)

F. その他

20. 反復性肺炎
 21. リンパ性間質性肺炎／肺リンパ過形成：LIP/PLH complex (13歳未満)
 22. HIV脳症 (認知症又は亜急性性脳炎)
 23. HIV消耗性症候群 (全身衰弱又はスリム病)
- (※) C11活動性結核のうち肺結核及びE19浸潤性子宮頸癌については、HIVによる免疫不全を示唆する所見がみられる者に限る。

10 ジアルジア症

(1) 定義

消化管寄生虫鞭毛虫の一種であるジアルジア (別名ランブル鞭毛虫) (*Giardia lamblia*) による原虫感染症である。

(2) 臨床的特徴

糞便中に排出された原虫嚢子により食物や水が汚染されることによって、経口感染を起こす。健康な者の場合には無症状のことも多いが、食欲

不振、腹部不快感、下痢 (しばしば脂肪性下痢) 等の症状を示すこともあり、免疫不全状態では重篤となることもある。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

医師は、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からジアルジア症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジアルジア症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ジアルジア症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、ジアルジア症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
顕微鏡下でのジアルジア原虫の証明	便、生検組織、十二指腸液、胆汁、脾液
酵素抗体法又はイムノクロマト法による病原体抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	

11 侵襲性インフルエンザ菌感染症

(1) 定義

Haemophilus influenzae による侵襲性感染症として、本菌が髄液又は血液などの無菌部位から検出された感染症とする。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は不明である。発症は一般に突発的であり、上気道炎や中耳炎を伴って発症することがある。髄膜炎例では、頭痛、発熱、髄膜刺激症状の他、痙攣、意識障害、乳児では大泉門膨隆等の症状を示す。敗血症例では発熱、悪寒、虚脱や発疹を呈すが、臨床症状が特異的ではないことも多く、急速に重症化して肺炎や喉頭蓋炎並びにショックを来すことがある。

(3) 届出基準

ア 患者 (確定例)

医師は、(2) の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から侵襲性インフルエンザ菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性インフルエンザ菌感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2) の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、侵襲性インフルエンザ菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性インフルエンザ菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液、その他の無菌部位
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液、その他の無菌部位
ラテックス法による病原体抗原の検出	髄液

12 侵襲性髄膜炎菌感染症

(1) 定義

Neisseria meningitidis による侵襲性感染症として、本菌が髄液又は血液などの無菌部位から検出された感染症とする。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は2～10日（平均4日）で、発症は突発的である。髄膜炎例では、頭痛、発熱、髄膜刺激症状の他、痙攣、意識障害、乳児では大泉門膨隆等を示す。敗血症例では発熱、悪寒、虚脱を呈し、重症化を来すと紫斑の出現、ショック並びにDIC（Waterhouse-Friedrichsen症候群）に進展することがある。本疾患の特徴として、点状出血が眼球結膜や口腔粘膜、皮膚に認められ、また出血斑が体幹や下肢に認められる。

世界各地に散发性又は流行性に発症し、温帯では寒い季節に、熱帯では乾期に多発する。学生寮などで共同生活を行う10代が最もリスクが高いとされているため、特に共同生活をしている例ではアウトブレイクに注意が必要である。

（3）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（2）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から侵襲性髄膜炎菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性髄膜炎菌感染症と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。特に、患者が学生寮などで共同生活を行っている場合には、早期の対応が望まれる。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、（2）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、侵襲性髄膜炎菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性髄膜炎菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液、その他の無菌部位
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液、その他の無菌部位

1.3 侵襲性肺炎球菌感染症

（1）定義

Streptococcus pneumoniae による侵襲性感染症として、本菌が髄液又は血液などの無菌部位から検出された感染症とする。

（2）臨床的特徴

潜伏期間は不明である。小児及び高齢者を中心とした発症が多く、小児と成人でその臨床的特徴が異なる。

ア 小児

成人と異なり、肺炎を伴わず、発熱のみを初期症状とした感染巣のはっきりしない菌血症例が多い。また、髄膜炎は、直接発症するものの他、肺炎球菌性の中耳炎に続いて発症することがある。

イ 成人

発熱、咳嗽、喀痰、息切れを初期症状とした菌血症を伴う肺炎が多い。髄膜炎例では、頭痛、発熱、痙攣、意識障害、髄膜刺激症状等の症状を示す。

（3）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（2）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から侵襲性肺炎球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性肺炎球菌感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、（2）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、侵襲性肺炎球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、侵襲性肺炎球菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	髄液、血液、その他の無菌部位
PCR法による病原体の遺伝子の検出	髄液、血液、その他の無菌部位
ラテックス法又はイムノクロマト法による病原体抗原の検出	髄液

1.4 水痘（入院例に限る。）

（1）定義

水痘・帯状疱疹ウイルスの初感染による感染症のうち24時間以上入院を必要とするものである（他疾患で入院中に水痘を発症し、かつ、水痘発症後24時間以上経過した例を含む。）。

（2）臨床的特徴

冬から春に好発する感染症であるが、年間を通じて患者の発生がみられる。飛沫、飛沫核、接触感染などで感染する。潜伏期は2～3週間である。免疫がなければいずれの年齢でも罹患する。母子免疫は麻しんほど強力ではなく、新生児も罹患することがある。症状は発熱と発疹である。それぞれの発疹は紅斑、紅色丘疹、水疱形成、痂皮化へと約3日の経過で変化していくが、同一段階の皮疹が同時に全身に出現するのではなく、新旧種々の段階の発疹が同時に混在する。

発疹は体幹に多発し、四肢に少ない。発疹は頭皮、口腔などの粘膜にも出現する。健康児の罹患は軽症で予後は良好である。ただし、免疫不全状態の者が罹患した場合は重症化しやすく、致死経過をとることもある。成人での罹患は小児での罹患より重症である。

合併症としては、肺炎、脳炎、小脳炎、小脳失調、肝炎、心膜炎、細菌の二次感染による膿痂疹、蜂窩織炎、敗血症等が報告されている。

免疫不全状態にある者が水痘・帯状疱疹ウイルスに初感染し、水痘を発症した場合には、播種性血管内凝固症候群（DIC）、多臓器不全、内臓播種性水痘等を合併し、極めて重篤な経過をとる場合がある。水疱出現前に激しい腹痛や腰背部痛を伴うことがある。

出産5日前から出産2日後に母体が発症すると、妊婦自身が重症化する可能性に加えて、児が重症の新生児水痘を発症する可能性がある。

また、他疾患で入院中の患者が水痘・帯状疱疹ウイルスに初感染し、水痘を発症した場合、入院期間の延長や、基礎疾患に影響を及ぼすことがある。

（3）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（2）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から水痘が疑われ、かつ、（4）の届出のために必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、（2）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から水痘が疑われ、かつ、（4）の届出に必要な病原体診断により、水痘により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

（4）届出のために必要な要件

ア 検査診断例

届出に必要な臨床症状の1つ以上を満たし、かつ、届出に必要な病原体診断のいずれかを満たし、かつ、24時間以上入院したもの（他疾患で入院中に水痘を発症し、かつ、水痘発症後24時間以上経過した例を含む。）。

イ 臨床診断例

届出に必要な臨床症状をいずれも満たし、かつ、24時間以上入院したもの（他疾患で入院中に水痘を発症し、かつ、水痘発症後24時間以上経過した例を含む。）。

届出に必要な臨床症状

ア 全身性の紅斑性丘疹や水疱の突然の出現
イ 新旧種々の段階の発疹（丘疹、水疱、痂皮）が同時に混在すること

届出に必要な病原体診断

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	水疱内容液、咽頭拭い液、末梢血リンパ球、血液、髄液
蛍光抗体法による病原体の抗原の検出	水疱内容液、水疱基底部拭い液（水疱内剥離感染細胞）
検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出	水疱内容液、咽頭拭い液、末梢血リンパ球、血液、髄液、痂皮
抗体の検出（IgM抗体の検出、ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

15 先天性風しん症候群

（1）定義

風しんウイルスの胎内感染によって先天異常を起こす感染症である。

（2）臨床的特徴

先天異常の発生は妊娠週齢と明らかに相関し、妊娠12週までの妊娠初期の初感染に最も多くみられ、20週を過ぎるとほとんどなくなる。

三徴は、白内障、先天性心疾患、難聴であるが、その他先天性緑内障、色素性網膜症、紫斑、脾腫、小頭症、精神発達遅滞、髄膜脳炎、骨のX線透過性所見、生後24時間以内に出現する黄疸などを来しうる。

（3）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（2）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から先天性風しん症候群が疑われ、かつ、（4）の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、（2）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、先天性風しん症候群が疑われ、かつ、（4）の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

（4）届出に必要な要件（以下のア及びイの両方を満たすもの）

ア 届出のために必要な臨床症状

- （ア）CRS典型例：「①から2項目以上」又は「①から1項目と②から1項目以上」
（イ）その他：「①若しくは②から1項目以上」

① 白内障又は先天性緑内障、先天性心疾患、難聴、色素性網膜症
② 紫斑、脾腫、小頭症、精神発達遅滞、髄膜脳炎、X線透過性の骨病変、生後24時間以内に出現した黄疸

イ 病原体診断又は抗体検査の方法

- （ア）以下のいずれか1つを満たし、出生後の風しん感染を除外できるもの

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	咽頭拭い液、唾液、尿
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
IgM抗体の検出	血清
赤血球凝集阻止抗体価が移行抗体の推移から予想される値を高く越えて持続（出生児の赤血球凝集阻止抗体価が、月あたり1／2の低下率で低下していない。）	

16 梅毒

（1）定義

スピロヘータの一種である梅毒トレポネーマ（*Treponema pallidum*）の感染によって生じる性感染症である。

（2）臨床的特徴

I期梅毒として感染後3～6週間の潜伏期の後に、感染局所に初期硬結

や硬性下疳、無痛性の鼠径部リンパ節腫脹がみられる。

II期梅毒では、感染後3か月を経過すると皮膚や粘膜に梅毒性バラ疹や丘疹性梅毒疹、扁平コンジローマなどの特有な発疹が見られる。

感染後3年以上を経過すると、晩期顕症梅毒としてゴム腫、梅毒によると考えられる心血管症状、神経症状、眼症状などが認められることがある。なお、感染していても臨床症状が認められないものもある。

先天梅毒は、梅毒に罹患している母体から出生した児で、①胎内感染を示す検査所見のある症例、②II期梅毒疹、骨軟骨炎など早期先天梅毒の症状を呈する症例、③乳幼児期は症状を示さずに経過し、学童期以後にHutchinson 3徴候（実質性角膜炎、内耳性難聴、Hutchinson 歯）などの晩期先天梅毒の症状を呈する症例がある。また、妊婦における梅毒感染は、先天梅毒のみならず、流産及び死産のリスクとなる。

（3）届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、（2）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から梅毒が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、梅毒患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 無症状病原体保有者

医師は、診察した者が（2）の臨床的特徴を呈していないが、次の表の左下欄に掲げる検査方法により、抗体（1）カルジオリピンを抗原とする検査では16倍以上又はそれに相当する抗体価）を保有する者で無症状病原体保有者と見なされる者（陳旧性梅毒と見なされる者を除く。）を診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

ウ 感染症死亡者の死体

医師は、（2）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、梅毒が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、梅毒により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
染色法またはPCR検査等による病原体の検出	病変（初期硬結、硬性下疳、扁平コンジローマ、粘膜疹）
・次の1）、2）の両方の抗体検査による血清抗体の検出 1）カルジオリピンを抗原とする検査 例）RPRカードテスト、凝集法、自動化法等 2） <i>T. pallidum</i> を抗原とする検査 例）TPLA法、TPPA法、CLIA法、FTA-ABS法等	血清

先天梅毒は、下記の5つのうち、いずれかの要件をみたすものである。

- ア 母体の血清抗体価に比して、児の血清抗体価が著しく高い場合
イ 児の血清抗体価が移行抗体の推移から予想される値を高く越えて持続する場合
ウ 児の*T. pallidum*を抗原とするIgM抗体陽性
エ 早期先天梅毒の症状を呈する場合
オ 晩期先天梅毒の症状を呈する場合

17 播種性クリプトコックス症

(1) 定義

Cryptococcus 属真菌による感染症のうち、本菌が髄液、血液などの無菌の臨床検体から検出された感染症又は脳脊髄液のクリプトコックス莢膜抗原が陽性となった感染症である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期間は不明である。免疫不全の者である場合と免疫不全でない者である場合とでその臨床的特徴が異なる。

ア 免疫不全の者である場合

脳髄膜炎として発症することが多く、発熱、頭痛などの症状を呈する。リンパ節腫大や播種性病変として皮疹、骨、関節などの病変も認められる。

イ 免疫不全でない者である場合

中枢神経系の病変では、痙攣、意識障害などの重篤な症状がみられる症例から、発熱、頭痛等の典型的な脳髄膜炎症状を欠く症例まで様々である。中枢神経系の腫瘍性病変としてみられる場合は、腫瘍との鑑別が必要となる。慢性的脳圧亢進による性格変化などの症状のみを呈する場合もある。

中枢神経系以外の眼、皮膚、骨（骨髄）等への播種では局所に応じた症状を呈する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から播種性クリプトコックス症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、播種性クリプトコックス症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、播種性クリプトコックス症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、播種性クリプトコックス症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	血液、腹水、胸水、髄液 その他の通常無菌的であるべき検体
病理組織学的診断（組織診断又は細胞診断で莢膜を有する酵母細胞の証明）	髄液、病理組織
ラテックス凝集法によるクリプトコックス莢膜抗原の検出	髄液、血液

18 破傷風

(1) 定義

破傷風毒素を産生する破傷風菌（*Clostridium tetani*）が、外傷部位などから組織内に侵入し、嫌気的な環境下で増殖した結果、産生される破傷風毒素により、神経刺激伝達障害を起こす。

(2) 臨床的特徴

外傷部位などで増殖した破傷風菌が産生する毒素により、運動神経終板、脊髄前角細胞、脳幹の抑制性の神経回路が遮断され、感染巣近傍の筋肉のこわばり、顎から頸部のこわばり、開口障害、四肢の強直性痙攣、呼吸困難（痙攣性）、刺激に対する興奮性の亢進、反弓緊張（opisthotonus）などの症状が出現する。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から、破傷風患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、破傷風により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

19 バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症

(1) 定義

獲得型バンコマイシン耐性遺伝子を保有し、バンコマイシン耐性を示す黄色ブドウ球菌による感染症である。

(2) 臨床的特徴

バンコマイシンの長期間投与を受けた患者の検体などから検出される可能性がある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からバンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出かつ分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が16 μg / ml以上	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出、かつ分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が16 μg / ml 以上、かつ分離菌が感染症の起因菌であるとの判定。	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

20 バンコマイシン耐性腸球菌感染症

(1) 定義

バンコマイシンに対して耐性を示す腸球菌（VRE）による感染症である。

(2) 臨床的特徴

主に悪性疾患などの基礎疾患を有する易感染状態の患者において、日和見感染症や術後感染症、カテーテル性敗血症（line sepsis）などを引き起こす。発熱やショックなどの症状を呈し、死亡することもある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からバンコマイシン耐性腸球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、バンコマイシン耐性腸球菌感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、バンコマイシン耐性腸球菌感染症が疑われ、かつ、次の表の左欄に掲げる検査方法により、バンコマイシン耐性腸球菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行

わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による腸球菌の検出かつ分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が16 µg/ml以上	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定による腸球菌の検出かつ、分離菌に対するバンコマイシンのMIC値が16 µg/ml以上、かつ分離菌が感染症の起病因菌と判定された場合	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

2.1 百日咳

(1) 定義

Bordetella pertussis によって起こる急性の気道感染症である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期は通常5～10日（最大3週間程度）であり、かぜ様症状で始まるが、次第に咳が著しくなり、百日咳特有の咳が出始める。乳児（特に新生児や乳児早期）ではまれに咳が先行しない場合がある。

典型的な臨床像は顔を真っ赤にしてコンコンと激しく発作性に咳込み（スタッカート）、最後にヒューと音を立てて息を吸う発作（ウープ）となる。嘔吐や無呼吸発作（チアノーゼの有無は問わない）を伴うことがある。血液所見としては白血球数増多が認められることがある。乳児（特に新生児や乳児早期）では重症になり、肺炎、脳症を合併し、まれに致死的となることがある。

ワクチン既接種の小児や成人では典型的な症状がみられず、持続する咳が所見としてみられることも多い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から百日咳が疑われ、かつ、(4)により、百日咳患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を、7日以内に行わなければならない。ただし、検査確定例と接触があり、(2)の臨床的特徴を有する者については、必ずしも検査所見を必要としない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、百日咳が疑われ、かつ、(4)により、百日咳により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を、7日以内に行わなければならない。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	鼻腔、咽頭、気管支などから採取された検体
核酸増幅法による病原体の遺伝子の検出（PCR法・LAMP法・その他）	
イムノクロマト法による病原体の抗原の検出	鼻咽頭拭い液
抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意な上昇、又は単一血清で抗体価の高値）	血清

2.2 風しん

(1) 定義

風しんウイルスによる急性熱性発疹性疾患である。

(2) 臨床的特徴

飛沫感染が主たる感染経路であるが、接触感染も起こりえる。潜伏期は通常2～3週間であり、全身性の小紅斑や紅色丘疹、リンパ節腫脹（全身、特に頸部、後頭部、耳介後部）、発熱を三主徴とする。皮疹は3日程度で消退する。リンパ節腫脹は発疹出現数日前に出現し3～6週間で消退する。発熱は風しん患者の約半数にみられる程度である。カタル症状、眼球結膜

の充血を伴うことがあり、成人では関節炎を伴うこともある。風しん患者の多くは軽症であるが、まれに脳炎、血小板減少性紫斑病を合併し入院を要することがある。

妊婦の風しんウイルス感染は、先天性風しん症候群の原因となることがある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から風しんが疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から風しんが疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

(4) 届出のために必要な要件

ア 検査診断例

届出に必要な臨床症状の1つ以上を満たし、かつ、届出に必要な病原体診断のいずれかを満たすもの。

イ 臨床診断例届出に必要な臨床症状の3つすべてを満たすもの。

届出に必要な臨床症状

ア 全身性の小紅斑や紅色丘疹
イ 発熱
ウ リンパ節腫脹

届出に必要な病原体診断

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	咽頭拭い液、血液、髄液、尿
検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出	
抗体の検出（1 µg/ml抗体の検出、ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

2.3 麻しん

(1) 定義

麻しんウイルスによる急性熱性発疹性疾患である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期は通常10～12日間であり、症状はカタル期（2～4日）には38℃前後の発熱、咳、鼻汁、くしゃみ、結膜充血、眼脂、羞明などであり、熱が下降した頃に頬粘膜にコプリック斑が出現する。発疹期（3～4日）には一度下降した発熱が再び高熱となり（39～40℃）、特有の発疹（小鮮紅色斑が暗紅色丘疹、それらが融合し網目状になる）が出現する。発疹は耳後部、頸部、顔、体幹、上肢、下肢の順に広がる。回復期（7～9日）には解熱し、発疹は消退し、色素沈着を残す。肺炎、中耳炎、クループ、脳炎を合併する場合がある。麻しんウイルスに感染後、数年から十数年以上経過してSSPE（亜急性硬化性全脳炎）を発症する場合がある。

なお、上記症状を十分満たさず、一部症状のみの麻しん（修飾麻しん）もみられることがある。これはワクチンによる免疫が低下してきた者にみられることが多い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から麻しんが疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から麻しんが疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たすと診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を直ちに行わなければならない。

らない。

(4) 届出のために必要な要件

ア 麻しん（検査診断例）

届出に必要な臨床症状の3つすべてを満たし、かつ、届出に必要な病原体診断のいずれかを満たすもの。

イ 麻しん（臨床診断例）

届出に必要な臨床症状の3つすべてを満たすもの。

ウ 修飾麻しん（検査診断例）

届出に必要な臨床症状の1つ以上を満たし、かつ、届出に必要な病原体診断のいずれかを満たすもの。

届出に必要な臨床症状

ア 麻しんに特徴的な発疹
イ 発熱
ウ 咳嗽、鼻汁、結膜充血などのカタル症状

届出に必要な病原体診断

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	咽頭拭い液、血液、 髄液、尿
検体から直接のPCR法による病原体の遺伝子の検出	
抗体の検出（IgM抗体の検出、ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇）	血清

2.4 薬剤耐性アシネトバクター感染症

(1) 定義

広域β-ラクタム剤、アミノ配糖体、フルオロキノロンの3系統の薬剤に対して耐性を示すアシネトバクター属菌による感染症である。

(2) 臨床的特徴

感染防御機能の低下した患者や抗菌薬長期使用中の患者に日和見感染し、肺炎などの呼吸器感染症、尿路感染症、手術部位や外傷部位の感染症、カテーテル関連血流感染症、敗血症、髄膜炎、皮膚、粘膜面、軟部組織、眼などに多彩な感染症を起こす。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

医師は、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から薬剤耐性アシネトバクター感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、薬剤耐性アシネトバクター感染症患者と診断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

医師は、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、薬剤耐性アシネトバクター感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、薬剤耐性アシネトバクター感染症により死亡したと判断した場合には、法第12条第1項の規定による届出を7日以内に行わなければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たした場合 ア イミペネムのMIC値が16 µg/ml以上又は、イミペネムの感受性ディスク（KB）の阻止円の直径が13mm以下 イ アミカシンのMIC値が32 µg/ml以上又は、アミカシンの感受性ディスク（KB）の阻止円の直径が14mm以下 ウ シプロフロキサシンのMIC値が4 µg/ml以上又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク（KB）の阻止円の直径が15mm以下	血液、腹水、胸水、 髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定によるアシネトバクター属菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たし、かつ、分離菌が感染症の起因菌と判定された場合 ア イミペネムのMIC値が16 µg/ml以上又は、イミペネムの感受性ディスク（KB）の阻止円の直径が13mm以下 イ アミカシンのMIC値が32 µg/ml以上又は、アミカシンの感受性ディスク（KB）の阻止円の直径が14mm以下 ウ シプロフロキサシンのMIC値が4 µg/ml以上又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク（KB）の阻止円の直径が15mm以下	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

(※) イミペネム以外のカルバペネム系薬剤により検査を実施した場合は、その検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のアを満たすものとする。イミペネムによる検査と、その他のカルバペネム系薬剤による検査を実施した場合には、いずれかの薬剤の検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のアを満たすものとし、その検査方法を届出のために必要な検査方法とする。

また、シプロフロキサシン以外のフルオロキノロン系薬剤により検査を実施した場合は、その検査により耐性が得られた場合も判断基準のウを満たすものとする。シプロフロキサシンによる検査と、その他のフルオロキノロン系薬剤による試験を実施した場合には、いずれかの薬剤の検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のウを満たすものとし、その検査方法を届出のために必要な検査方法とする。

2.5 R Sウイルス感染症

(1) 定義

R Sウイルス（respiratory syncytial virus）による急性呼吸器感染症である。乳児期の発症が多く、特徴的な病像は細気管支炎、肺炎である。

(2) 臨床的特徴

2日～1週間（通常4～5日）の潜伏期間の後に、初感染の乳幼児では上気道症状（鼻汁、咳など）から始まり、その後下気道症状が出現する。38～39℃の発熱が出現することがある。25～40%の乳幼児に気管支炎や肺炎の兆候がみられる。

1歳未満、特に6か月未満の乳児、心肺に基礎疾患を有する小児、早産児が感染すると、呼吸困難などの重篤な呼吸器疾患を引き起こし、入院、呼吸管理が必要となる。乳児では、細気管支炎による喘鳴（呼吸性喘鳴）が特徴的である。

その後、多呼吸、陥没呼吸などの症状あるいは肺炎を認める。新生児期あるいは生後2～3か月未満の乳児では、無呼吸発作の症状を呈することがある。再感染の幼児の場合には、細気管支炎や肺炎などは減り、上気道炎が増える。中耳炎を合併することもある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からR Sウイルス感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、R Sウイルス感

染症患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、RSウイルス感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、RSウイルス感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

(4) 届出に必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液
迅速診断キットによる病原体の抗原の検出	
中和反応又は補体結合反応による抗体の検出(補体結合反応にて、急性期と2～3週間以後の回復期に抗体陽転又は抗体価の有意の上昇を認めれば確定)	血清

26 咽頭結膜熱

(1) 定義

発熱・咽頭炎及び結膜炎を主症状とする急性のウイルス感染症である。

(2) 臨床的特徴

潜伏期は5～7日、症状は発熱、咽頭炎(咽頭発赤、咽頭痛)、結膜炎が三主症状である。アデノウイルス3型が主であるが、他に4、7、11型なども本症を起こす。発生は年間を通じてみられるが、さまざまな規模の流行的発生をみる。特に夏季に流行をみることがある。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から咽頭結膜熱が疑われ、かつ、(4)により、咽頭結膜熱患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、咽頭結膜熱が疑われ、かつ、(4)により、咽頭結膜熱により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状(3つすべてを満たすもの)

ア 発熱
イ 咽頭発赤
ウ 結膜充血

27 A群溶血性レンサ球菌咽頭炎

(1) 定義

A群レンサ球菌による上気道感染症である。

(2) 臨床的特徴

乳幼児では咽頭炎、年長児や成人では扁桃炎が現れ、発赤毒素に免疫のない人は猩紅熱といわれる全身症状を呈する。気管支炎を起こすことも多い。発疹を伴うこともあり、リウマチ熱や急性糸球体腎炎などの二次疾患を起こすこともある。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からA群溶血性レンサ球菌咽

頭炎が疑われ、かつ、(4)を満たすか、(4)の3つすべてを満たさなくても(5)を満たし、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎が疑われ、かつ、(4)を満たすか、(4)の3つすべてを満たさなくても(5)を満たし、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状(3つすべてを満たすもの)

ア 発熱
イ 咽頭発赤
ウ 莓舌

(5) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
菌の培養・同定による病原体の検出	咽頭拭い液
迅速診断キットによる病原体の抗原の検出	
A S O法又はA S K法による抗体の検出(ペア血清での抗体陽転又は抗体価の有意の上昇)	血清

28 感染性胃腸炎

(1) 定義

細菌又はウイルスなどの感染性病原体による嘔吐、下痢を主症状とする感染症である。原因はウイルス感染(ロタウイルス、ノロウイルスなど)が多く、毎年秋から冬にかけて流行する。また、エンテロウイルス、アデノウイルスによるものや細菌性のものもみられる。

(2) 臨床的特徴

乳幼児に好発し、1歳以下の乳児は症状の進行が早い。

主症状は嘔吐と下痢であり、種々の程度の脱水、電解質喪失症状、全身症状が加わる。嘔吐又は下痢のみの場合や、嘔吐の後に下痢がみられる場合と様々で、症状の程度にも個人差がある。37～38℃の発熱がみられることもある。年長児では吐き気や腹痛がしばしばみられる。

(3) 届出基準

ア 患者(確定例)

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から感染性胃腸炎が疑われ、かつ、(4)により、感染性胃腸炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、感染性胃腸炎が疑われ、かつ、(4)により、感染性胃腸炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状及び要件(2つすべてを満たすもの)

ア 急に発症する腹痛(新生児や乳児では不明)、嘔吐、下痢
イ 他の届出疾患によるものを除く

29 水痘

(1) 定義

水痘・帯状疱疹ウイルスの初感染による感染症である。

(2) 臨床的特徴

冬から春に好発する感染症であるが、年間を通じて患者の発生がみられる。飛沫、飛沫核、接触感染などで感染する。潜伏期は2～3週間である。乳幼児や学童いずれの年齢でも罹患する。母子免疫は麻しんほど強力では

なく、新生児も罹患することがある。症状は発熱と発疹である。それぞれの発疹は紅斑、紅色丘疹、水疱形成、痂皮化へと約3日の経過で変化していくが、同一段階の皮疹が同時に全身に出現するのではなく、新旧種々の段階の発疹が同時に混在する。

発疹は体幹に多発し、四肢に少ない。発疹は頭皮、口腔などの粘膜にも出現する。健康児の罹患は軽症で予後は良好である。ただし、免疫不全状態の小児が罹患した場合は重症化しやすく、致死経過をとることもある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から水痘が疑われ、かつ、(4)により、水痘患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、水痘が疑われ、かつ、(4)により、水痘により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状（2つすべてを満たすもの）

ア	全身性の漿液性丘疹や水疱の突然の出現
イ	新旧種々の段階の発疹（丘疹、水疱、痂皮）が同時に混在すること

30 手足口病

(1) 定義

主として乳幼児にみられる手、足、下肢、口腔内、口唇に小水疱が生ずる伝染性のウイルス感染症である。コクサッキーA16型、エンテロウイルス71型のほか、コクサッキーA10型その他によっても起こることが知られている。

(2) 臨床的特徴

典型的なものでは、軽い発熱、食欲不振、のどの痛み等で始まり、発熱から2日ぐらい過ぎた頃から、手掌、足底にやや紅暈を伴う小水疱が多発し、舌や口腔粘膜に浅いびらんアフタを生じる。水疱はやや楕円形を呈し、臀部、膝部などに紅色の小丘疹が散在することもある。皮疹は1週間から10日で自然消退する。ごくまれに髄膜炎や脳炎などが生じることがあるので、発熱や嘔吐、頭痛などがある場合は注意を要する。エンテロウイルス71型による手足口病の場合にその頻度が高い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から手足口病が疑われ、かつ、(4)により、手足口病患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、手足口病が疑われ、かつ、(4)により、手足口病により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状（2つすべてを満たすもの）

ア	手のひら、足底又は足背、口腔粘膜に出現する2～5mm程度の水疱
イ	水疱は痂皮を形成せずに治癒

31 伝染性紅斑

(1) 定義

B19ウイルスの感染による紅斑を主症状とする発疹性疾患である。

(2) 臨床的特徴

幼児（2～12歳）に多いが、乳児、成人が罹患することもある。潜伏期は4～15日。顔面、特に頬部に境界明瞭な平手で頬を打ったような紅斑が突然出現する。つづいて四肢に対側性にレース様の紅斑が出現する。

消退後さらに日光照射、外傷などによって再度出現することがある。発疹の他に発熱、関節痛、咽頭痛、鼻症状、胃腸症状、粘膜疹、リンパ節腫脹、関節炎を合併することがある。予後は通常、良好である。但し、溶血性貧血の患者では、汎血球減少を起こすことがある。妊婦の場合には、胎児水腫又は流産を起こすことがある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から伝染性紅斑が疑われ、かつ、(4)により、伝染性紅斑患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、伝染性紅斑が疑われ、かつ、(4)により、伝染性紅斑により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状（2つすべてを満たすもの）

ア	左右の頬部の紅斑の出現
イ	四肢のレース様の紅斑の出現

32 突発性発しん

(1) 定義

乳幼児がヒトヘルペスウイルス6、7型の感染による突然の高熱と解熱前後の発疹を来す疾患である。

(2) 臨床的特徴

乳幼児期、特に6～18か月の間に罹患することが多い。5歳以上はまれである。

突然、高熱で発症、不機嫌で大泉門の膨隆をみることがある。咽頭部の発赤、特に口蓋垂の両側に強い斑状発赤を認めることがある。軟便若しくは下痢を伴うものが多く、発熱は3～4日持続した後に解熱する。

解熱に前後して小さな紅斑や紅色丘疹が出現し、散在性、時に斑状融合性に分布する。発疹は体幹から始まり上肢、頸部の順に広がるが、顔面、下肢には少ない。発疹は1～2日で消失する。脳炎を合併することがある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から突発性発しんが疑われ、かつ、(4)により、突発性発しん患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

届出の対象は、上記の臨床的特徴に合致するものであるため、届出の対象は5歳未満のみとする。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、突発性発しんが疑われ、かつ、(4)により、突発性発しんにより死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状（2つすべてを満たすもの）

ア	突然に発熱し、2～4日間持続
イ	解熱に前後して体幹部、四肢、顔面の発疹が出現

33 ヘルパンギーナ

(1) 定義

主にコクサッキーウイルスA群による口咽部に特有の小水疱と発熱を主症状とする夏かぜの一種である。多くは、コクサッキーウイルスA群2～8、10、12型、まれにその他のエンテロウイルスも病原として分離されることがある。

(2) 臨床的特徴

潜伏期は2～4日、初夏から秋にかけて、乳幼児に多い。突然の38～40℃の発熱が1～3日間続き、全身倦怠感、食欲不振、咽頭痛、嘔吐、四肢痛などがある場合もある。咽頭所見は、軽度で発赤し、口蓋から口蓋帆にかけて1～5mmの小水疱、これから生じた小潰瘍、その周辺に発赤を伴ったものが数個認められる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からヘルパンギーナが疑われ、かつ、(4)により、ヘルパンギーナ患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ヘルパンギーナが疑われ、かつ、(4)により、ヘルパンギーナにより死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状（2つすべてを満たすもの）

ア 突然の高熱での発症
イ 口蓋垂付近の水疱疹や潰瘍や発赤

3.4 流行性耳下腺炎

(1) 定義

ムンプスウイルス感染により耳下腺が腫脹する感染症である。

(2) 臨床的特徴

上気道を介して飛沫感染し潜伏期は2～3週間で、両側又は片側の耳下腺が腫脹し、ものを嘔むときに顎に痛みを訴えることが多い。このとき数日の発熱を伴うものが多い。耳下腺腫脹は有痛性で、境界不鮮明な柔らかい腫脹が耳朶を中心として起こる。他の唾液腺の腫脹をみることもある。耳下腺開口部の発赤が認められるが、膿汁の排泄はない。合併症としては、髄膜炎、脳炎、肺炎、難聴などがあり、その他成人男性には睾丸炎、成人女子には卵巣炎がみられることがある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から流行性耳下腺炎が疑われ、かつ、(4)により、流行性耳下腺炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、流行性耳下腺炎が疑われ、かつ、(4)により、流行性耳下腺炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状（2つすべてを満たすもの）

ア 片側ないし両側の耳下腺の突然の腫脹と、2日以上持続
イ 他に耳下腺腫脹の原因がないこと

3.5 インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）

(1) 定義

インフルエンザウイルス（鳥インフルエンザの原因となるA型インフルエンザウイルス及び新型インフルエンザ等感染症の原因となるインフルエンザウイルスを除く。）の感染による急性気道感染症である。

(2) 臨床的特徴

上気道炎症状に加えて、突然の高熱、全身倦怠感、頭痛、筋肉痛を伴う

ことを特徴とする。流行期（我が国では、例年11月～4月）にこれらの症状のあったものはインフルエンザと考えられるが、非流行期での臨床診断は困難である。合併症として、脳症、肺炎を起こすことがある。

(3) 届出基準（インフルエンザ定点における場合）

ア 患者（確定例）

指定届出機関（インフルエンザ定点）の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からインフルエンザが疑われ、かつ、①のすべてを満たすか、①のすべてを満たさなくても②を満たすことにより、インフルエンザ患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、インフルエンザが疑われ、かつ、①のすべてを満たすか、①のすべてを満たさなくても②を満たすことにより、インフルエンザにより死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

①届出のために必要な臨床症状（4つすべてを満たすもの）

ア 突然の発症
イ 高熱
ウ 上気道炎症状
エ 全身倦怠感等の全身症状

②届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
迅速診断キットによる病原体の抗原の検出	鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、咽頭拭い液

(4) 届出基準（基幹定点における場合）

ア 入院患者

指定届出機関（基幹定点）の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からインフルエンザが疑われ、かつ、(3)①のすべてを満たすか、(3)①のすべてを満たさなくても(3)②を満たすことにより、インフルエンザ患者と診断した患者のうち、入院をしたものについて、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

3.6 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）

(1) 定義

新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和二年一月に中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）であるものに限る。）による急性呼吸器感染症である。

(2) 臨床的特徴等

臨床的な特徴としては、潜伏期間は1～10日（通常2～4日）である。主な症状は、発熱、咳、全身倦怠感等の感冒様症状であり、頭痛、下痢、結膜炎、嗅覚障害、味覚障害等を呈する場合もある。高齢者及び基礎疾患を持つものにおいては重症化するリスクが一定程度あると考えられている。

(3) 届出基準（急性呼吸器感染症定点（COVID-19の報告の場合））

ア 患者（確定例）

指定届出機関（急性呼吸器感染症定点（COVID-19の報告の場合））の管理者は、(2)の臨床的特徴を有する者について、次の表の左欄に掲げる検査方法により当該者を新型コロナウイルス感染症と診断した場合又は発熱または呼吸器症状（軽症の場合を含む。）を呈する者であって、COVID-19であることが確定したものと同居している者（飲食、入浴、就寝等を共にする家族や同居者）であり、医師が総合的に判断した結果、COVID-19と臨床的に診断する場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用

いること。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関（急性呼吸器感染症定点（COVID-19 の報告の場合））の管理者は、当該指定届出機関の医師が、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、当該者を COVID-19 により死亡したと判断した場合には、法第 1 4 条第 2 項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	喀痰、気管吸引液、肺胞洗浄液、咽頭拭い液、鼻腔吸引液、鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液、便、唾液、剖検材料、その他検査方法に適する材料
抗原定性検査による病原体の抗原の検出	鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液又は唾液
抗原定量検査による病原体の抗原の検出	鼻腔拭い液、鼻咽頭拭い液又は唾液

（４）届出基準（基幹定点における場合）

ア 入院患者

指定届出機関（基幹定点）の管理者は、当該指定届出機関の医師が、（２）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から COVID-19 が疑われ、かつ、以下の表に掲げる検査方法により、当該者を COVID-19 と診断した患者のうち、入院をしたものについて、法第 1 4 条第 2 項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

3 7 急性呼吸器感染症

（１）定義

感染症法施行規則第 1 条で規定する「急性呼吸器感染症」とは、インフルエンザ（鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。）、オウム病及びレジオネラ症並びに RS ウイルス感染症、咽頭結膜熱、A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎、クラミジア肺炎（オウム病を除く。）、新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和二年一月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）であるものに限る。）、百日咳、ヘルパンギーナ及びマイコプラズマ肺炎を除くものであるが、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 1 2 条第 1 項及び第 1 4 条第 2 項に基づく届出の基準等について」における急性呼吸器感染症は、「感染症発生動向調査事業実施要綱の一部改正について」（令和 7 年 3 月 1 4 日付け感発第 0314 第 7 号厚生労働省健康・生活衛生局感染症対策部長通知）にあるとおり、（２）臨床的特徴を呈する感染症である。

（２）臨床的特徴等

咳嗽、咽頭痛、呼吸困難、鼻汁、鼻閉のいずれか 1 つ以上の症状を呈し、発症から 1 0 日以内の急性的な症状であり、かつ医師が感染症を疑う外来症例である。

（３）届出基準（急性呼吸器感染症定点（急性呼吸器感染症の報告の場合））

ア 患者（確定例）

指定届出機関（急性呼吸器感染症定点（急性呼吸器感染症の報告の場合））の管理者は、（２）の臨床的特徴を有する者について、医師が感染症を疑う外来症例と診断する場合には、法第 1 4 条第 2 項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

3 8 急性出血性結膜炎

（１）定義

エンテロウイルス 7 0 型及びコクサッキーウイルス A 2 4 変異型の感染によって起こる急性結膜炎である。

（２）臨床的特徴

潜伏期は 1 日で強い眼の痛み、異物感で始まり、結膜の充血、特に結膜

下出血を伴うことが多い。眼瞼の腫脹、眼脂、結膜浮腫、角膜表層のび慢性混濁などがみられ眼痛、異物感がある。約 1 週間続いて治癒することが多いが、この疾患に罹患したのち 6 ～ 1 2 か月後に四肢の運動麻痺を来することがある。

（３）届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、（２）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から急性出血性結膜炎が疑われ、かつ、（４）により、急性出血性結膜炎患者と診断した場合には、法第 1 4 条第 2 項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、急性出血性結膜炎が疑われ、かつ、（４）により、急性出血性結膜炎により死亡したと判断した場合には、法第 1 4 条第 2 項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

（４）届出のために必要な臨床症状（下記のうち 2 つ以上）

ア 急性濾胞性結膜炎
イ 眼脂、眼痛、異物感などを伴う眼瞼腫脹
ウ 結膜下出血

3 9 流行性角結膜炎

（１）定義

アデノウイルス D 種の 8、37、53、54、56、64/19a 型などによる眼感染症である。

（２）臨床的特徴

約 1 ～ 2 週間の潜伏期の後、急性濾胞性結膜炎の臨床症状を示して発病する。結膜の浮腫や充血、眼瞼浮腫が強く、流涙や眼脂を伴う。結膜出血点の存在は特異性が高い。耳前リンパ節の腫脹と圧痛をきたす場合が多い。角膜にはび慢性表層角膜炎や多発性角膜上皮下浸潤がみられ、異物感、眼痛を訴えることがある。偽膜を伴うことも多い。通常、発病後 2 ～ 3 週間程度で治癒する。感染性が大変強く、家庭内感染や院内感染を起こすことが多い。

（３）届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、（２）の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から流行性角結膜炎が疑われ、かつ、（４）又は（５）を満たすことにより、流行性角結膜炎患者と診断した場合には、法第 14 条第 2 項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、（２）の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から流行性角結膜炎が疑われ、かつ、（４）又は（５）を満たすことにより、流行性角結膜炎により死亡したと判断した場合には、法第 14 条第 2 項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

（４）届出のために必要な臨床症状等

急性濾胞性結膜炎の臨床症状があり、かつ、下記のうち 1 つ以上に該当すること。

ア 家族に流行性角結膜炎の患者がいること
イ 耳前リンパ節腫脹・圧痛の臨床所見があること
ウ 多発性角膜上皮下浸潤の臨床所見があること
エ 偽膜あるいは多数の結膜出血点の臨床所見があること

（５）届出のために必要な検査所見

次の表の左欄に掲げるいずれかの検査法によること

検査方法	検査材料
迅速診断キットによるアデノウイルス抗原の検出	結膜ぬぐい液又は結膜滲出液を含む涙液
PCR法によるアデノウイルス遺伝子の検出	

4.0 性器クラミジア感染症

(1) 定義

Chlamydia trachomatis による性感染症である。

(2) 臨床的特徴

男性では、尿道から感染して急性尿道炎を起こすが、症状は淋菌感染症よりも軽い。さらに、前立腺炎、精巣上体炎を起こすこともある。女性では、まず子宮頸管炎を起こし、その後、感染が子宮内膜、卵管へと波及し、子宮内膜炎、卵管炎、骨盤内炎症性疾患、肝周囲炎を起こす（しかし男女とも、症状が軽く自覚のないことも多い）。

また、子宮外妊娠、不妊、流産の誘因ともなる。妊婦が感染している場合には、主として産道感染により、新生児に封入体結膜炎を生じさせることがある。また、1～2か月の潜伏期を経て、新生児、乳児の肺炎を引き起こすことがある。淋菌との混合感染も多く、淋菌感染症の治癒後も尿道炎が続く場合には、クラミジア感染症が疑われる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から性器クラミジア感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、性器クラミジア感染症患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

スクリーニングによる病原体・抗原・遺伝子に関する検査陽性例は報告対象に含まれるが、抗体陽性のみの場合は除外する。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、性器クラミジア感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、性器クラミジア感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	尿道、性器から採取した材料
蛍光抗体法又は酵素抗体法による病原体の抗原の検出	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
抗体の検出（ベア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇、又は単一血清で抗体価の高値）	血清

4.1 性器ヘルペスウイルス感染症

(1) 定義

単純ヘルペスウイルス（herpes simplex virus: HSV, HSV 1型又は2型）が感染し、性器又はその付近に発症したものを性器ヘルペスという。

(2) 臨床的特徴

性器ヘルペスは、外部から入ったウイルスによる初感染の場合と、仙髄神経節に潜伏しているウイルスの再活性化による場合の2つがある。

初感染では、感染後3～7日の潜伏期の後に外陰部に小水疱又は浅い潰瘍性病変が数個ないし集簇的に出現する。発熱などの全身症状を伴うことが多い。2～4週間で自然に治癒するが、治癒後も月経、性交その他の刺激が誘因となって、再発を繰り返す。発疹は外陰部のほか、臀部、大腿にも生じることがある。

病変部位は男性では包皮、冠状溝、亀頭、女性では外陰部や子宮頸部である。口を介する性的接触によって口唇周囲にも感染する。HSV 2型による場合は、より再発しやすい。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から性器ヘルペスウイルス感染症が疑われ、かつ、(4)により、性器ヘルペスウイルス感染症患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

明らかに再発であるもの及び血清抗体のみ陽性のものは除外する。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、性器ヘルペスウイルス感染症が疑われ、かつ、(4)により、性器ヘルペスウイルス感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状

男女ともに、性器や臀部にヘルペス特有な有痛性の1から多数の小さい水疱性又は浅い潰瘍性病変を認めるもの

4.2 尖圭コンジローマ

(1) 定義

尖圭コンジローマは、ヒトパピローマウイルス（ヒト乳頭腫ウイルス、HPV）の感染により、性器周辺に生じる腫瘍である。ヒトパピローマウイルスは80種類以上が知られているが、尖圭コンジローマの原因となるのは主にHPV 6型とHPV 11型であり、時にHPV 16型の感染でも生じる。

(2) 臨床的特徴

感染後、数週間から2～3か月を経て、陰茎亀頭、冠状溝、包皮、大小陰唇、肛門周囲等の性器周辺部に、イボ状の小腫瘍が多発する。腫瘍は、先の尖った乳頭状の腫瘍が集簇した独特の形をしており、乳頭状、鶏冠状、花キャベツ状等と形容される。尖圭コンジローマ自体は、良性の腫瘍であり、自然に治癒することも多いが、時に癌に移行することが知られている。特に、HPV 16, 52, 58, 18型などに感染した女性の場合、子宮頸部に感染し、子宮頸癌の発癌要因になることもあると考えられている。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から尖圭コンジローマが疑われ、かつ、(4)により、尖圭コンジローマ患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、尖圭コンジローマが疑われ、かつ、(4)により、尖圭コンジローマにより死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状

男女ともに、性器及びその周辺に淡紅色又は褐色調の乳頭状、又は鶏冠状の特徴的病変を認めるもの

4.3 淋菌感染症

(1) 定義

淋菌（*Neisseria gonorrhoeae*）による性感染症である。

(2) 臨床的特徴

男性は急性尿道炎として発症するのが一般的であるが、放置すると前立腺炎、精巣上体炎となる。後遺症として尿道狭窄が起こる。

女子は子宮頸管炎や尿道炎を起こすが、自覚症状のない場合が多い。感染が上行すると子宮内膜炎、卵管炎等の骨盤内炎症性疾患を起こし、発熱、下腹痛を来す。後遺症として不妊症が起きる。

その他、咽頭や直腸などへの感染や産道感染による新生児結膜炎などもある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から淋菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、淋菌感染症患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、淋菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、淋菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	尿道及び性器から採取した材料、眼分泌物、咽頭拭い液
鏡検による病原体の検出	
蛍光抗体法による病原体の抗原の検出	
酵素抗体法による病原体の抗原の検出	
P C R法による病原体の遺伝子の検出	

4 4 感染性胃腸炎（病原体がロタウイルスであるものに限る。）

(1) 定義

ロタウイルスの感染による下痢、嘔吐、発熱を主症状とする感染症である。

(2) 臨床的特徴

主に0～2歳児を中心に好発し、毎年概ね2月から5月にかけて流行がみられる。主症状は発熱、嘔吐、白色の水様便を特徴とする下痢であり、通常、3～7日で症状の回復がみられる。他のウイルス性胃腸炎と比べると重度の脱水症状を呈し、入院治療を必要とすることが多い。稀に死亡に至る例もある。時に、合併症として痙攣、脳炎・脳症、腸重積、肝炎、腎炎などが認められ、心筋炎などの致死性感染症の報告も散見される。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からロタウイルス胃腸炎が疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たし、ロタウイルス胃腸炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ロタウイルス胃腸炎が疑われ、かつ、(4)の届出に必要な要件を満たし、ロタウイルス胃腸炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出に必要な要件（以下のアの(ア)及び(イ)かつイを満たすもの)

ア 届出のために必要な臨床症状

(ア) 24時間以内に、3回以上の下痢又は1回以上の嘔吐
(イ) 他の届出疾患によるものを除く

イ 病原体診断の方法

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	便検体
抗原の検出（イムノクロマト法による病原体抗原の検出）	
P C R法による病原体の遺伝子の検出	

4 5 クラミジア肺炎（オウム病を除く）

(1) 定義

Chlamydomphila (*Chlamydia*) *pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis* の感染による肺炎である。

(2) 臨床的特徴

C.trachomatis は子宮頸管炎を発症している母体からの産道感染で新生児、乳児に間質性肺炎を発症し無熱性である。*C.pneumoniae* は、飛沫感染により3～4週間の潜伏期を経て軽症の異型肺炎を発症する。小児及び高齢者で多く見られる。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からクラミジア肺炎が疑われ、かつ、(4)により、クラミジア肺炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、クラミジア肺炎が疑われ、かつ、(4)により、クラミジア肺炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	気道から採取した検体
蛍光抗体法又は酵素抗体法による病原体の抗原の検出	
P C R法による病原体の遺伝子の検出	
抗体の検出（ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意な上昇、又は単一血清で抗体価の高値）	血清

4 6 細菌性髄膜炎（髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を原因として同定された場合を除く。）

(1) 定義

髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌が原因として同定された場合を除く種々の細菌感染による髄膜炎の感染症である。

(2) 臨床的特徴

発熱、頭痛、嘔吐を主な特徴とする。項部硬直、Kernig 徴候、Brudzinski 徴候などの髄膜刺激症状が見られることがあるが、新生児や乳児などではこれらの臨床症状が明らかではないことが多い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から細菌性髄膜炎が疑われ、かつ、(4)及び(5)により、細菌性髄膜炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、細菌性髄膜炎が疑われ、かつ、(4)により、細菌性髄膜炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状（2つすべてを満たすもの）

ア 発熱、頭痛、嘔吐を主な特徴とする
イ 項部硬直、Kernig徴候、Brudzinski徴候などの髄膜刺激症状

(※) いずれも新生児や乳児などでは臨床症状が明らかではないことが多い。

(5) 届出のために必要な検査所見（2つすべてを満たすもの）

ア 髄液細胞数の増加（多核球優位であることが多い）
イ 髄液蛋白量の増加と糖の減少

4.7 ペニシリン耐性肺炎球菌感染症

(1) 定義

ペニシリンGに対して耐性を示す肺炎球菌による感染症である。

(2) 臨床的特徴

小児及び成人の化膿性髄膜炎や中耳炎で検出されるが、その他、副鼻腔炎、心内膜炎、心嚢炎、腹膜炎、関節炎、まれには尿路生殖器感染から菌血症を引き起こすこともある。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からペニシリン耐性肺炎球菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による肺炎球菌の検出、かつペニシリンのMICが0.125 µg/mL以上であること	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定による肺炎球菌の検出、かつ分離菌が感染症の起因为菌と判定されることに加え、ペニシリンのMICが4 µg/mL以上であること	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

4.8 マイコプラズマ肺炎

(1) 定義

Mycoplasma pneumoniae の感染によって発症する肺炎である。

(2) 臨床的特徴

好発年齢は、6～12歳の小児であり、小児では発症頻度の高い感染症の一つである。潜伏期は2～3週間とされ、飛沫で感染する。異型肺炎像を呈することが多い。頑固な咳嗽と発熱を主症状に発病し、中耳炎、胸膜炎、心筋炎、髄膜炎などの合併症を併発する症例も報告されている。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からマイコプラズマ肺炎が疑われ、かつ、(4)により、マイコプラズマ肺炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、マイコプラズマ肺炎が疑われ、かつ、(4)により、マイコプラズマ肺炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による病原体の検出	気道から採取された検体
抗原の検出（イムノクロマト法による病原体の抗原の検出）	
PCR法による病原体の遺伝子の検出	
抗体の検出 （ペア血清による抗体陽転又は抗体価の有意の上昇、又は単一血清で間接血球凝集抗体価320倍以上、補体結合抗体価64倍以上、ゼラチン粒子凝集抗体価320倍以上、若しくはIgM抗体の検出（迅速診断キット））	血清

4.9 無菌性髄膜炎

(1) 定義

種々のウイルスを中心とした病原体の感染による髄膜の感染症である。

(2) 臨床的特徴

発熱、頭痛、嘔吐を主な特徴とするが、新生児や乳児などでは臨床症状が明らかではないことが多い。項部硬直、Kernig 徴候、Brudzinski 徴候などの髄膜刺激症状が見られるが同じく新生児や乳児などではこれらが明らかではないことも多い。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から無菌性髄膜炎が疑われ、かつ、(4)及び(5)により、無菌性髄膜炎患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、無菌性髄膜炎が疑われ、かつ、(4)及び(5)により、無菌性髄膜炎により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を週単位で、翌週の月曜日に届け出なければならない。

(4) 届出のために必要な臨床症状（2つすべてを満たすもの）

ア 発熱、頭痛、嘔吐を主な特徴とする
イ 項部硬直、Kernig徴候、Brudzinski徴候などの髄膜刺激症状

(※) いずれも新生児や乳児などでは臨床症状が明らかではないことが多い。

(5) 届出のために必要な検査所見（2つすべてを満たすもの）

ア 髄液細胞数の増加（単核球優位であることが多い）
イ 髄液蛋白量、糖量が正常

5.0 メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症

(1) 定義

メチシリンなどのペニシリン剤をはじめとして、β-ラクタム剤、アミノ配糖体剤、マクロライド剤などの多くの薬剤に対し多剤耐性を示す黄色ブドウ球菌による感染症である。

(2) 臨床的特徴

外科手術後の患者や免疫不全者、長期抗菌薬投与患者などに日和見感染し、腸炎、敗血症、肺炎などを来し、突然の高熱、血圧低下、腹部膨満、下痢、意識障害、白血球減少、血小板減少、腎機能障害、肝機能障害などの症状を示す。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見からメチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出かつ次のいずれかを満たすことを確認 ア オキサシリンのM I C値が4 μg/mL以上 イ セフォキシチンのM I C値が8 μg/mL以上、又はセフォキシチンの感受性ディスク（K B）の阻止円の直径が21 mm以下	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定による黄色ブドウ球菌の検出かつ分離菌が感染症の起因菌と判定されることに加え、次のいずれかを満たすことを確認 ア オキサシリンのM I C値が4 μg/mL以上 イ セフォキシチンのM I C値が8 μg/mL以上、又はセフォキシチンの感受性ディスク（K B）の阻止円の直径が21 mm以下	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

5 1 薬剤耐性緑膿菌感染症

(1) 定義

広域β-ラクタム剤、アミノ配糖体、フルオロキノロンの3系統の薬剤に対して耐性を示す緑膿菌による感染症である。

(2) 臨床的特徴

感染防御機能の低下した患者や抗菌薬長期使用中の患者に日和見感染し、敗血症や骨髄、気道、尿路、皮膚、軟部組織、耳、眼などに多彩な感染症を起こす。

(3) 届出基準

ア 患者（確定例）

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する者を診察した結果、症状や所見から薬剤耐性緑膿菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、薬剤耐性緑膿菌感染症患者と診断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

イ 感染症死亡者の死体

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、(2)の臨床的特徴を有する死体を検案した結果、症状や所見から、薬剤耐性緑膿菌感染症が疑われ、かつ、(4)の表の左欄に掲げる検査方法により、薬剤耐性緑膿菌感染症により死亡したと判断した場合には、法第14条第2項の規定による届出を月単位で、翌月の初日に届け出なければならない。

この場合において、検査材料は、同欄に掲げる検査方法の区分ごとに、それぞれ同表の右欄に定めるもののいずれかを用いること。

(4) 届出のために必要な検査所見

検査方法	検査材料
分離・同定による緑膿菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たした場合 ア イミペネムのM I C値が16 μg/ml以上又は、イミペネムの感受性ディスク（K B）の阻止円の直径が13 mm以下 イ アミカシンのM I C値が32 μg/ml以上又は、アミカシンの感受性ディスク（K B）の阻止円の直径が14 mm以下 ウ シプロフロキサシンのM I C値が4 μg/ml以上又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク（K B）の阻止円の直径が15 mm以下	血液、腹水、胸水、髄液、その他の通常無菌的であるべき検体
分離・同定による緑膿菌の検出、かつ、以下の3つの条件を全て満たし、かつ、分離菌が感染症の起因菌と判定された場合 ア イミペネムのM I C値が16 μg/ml以上又は、イミペネムの感受性ディスク（K B）の阻止円の直径が13 mm以下 イ アミカシンのM I C値が32 μg/ml以上又は、アミカシンの感受性ディスク（K B）の阻止円の直径が14 mm以下 ウ シプロフロキサシンのM I C値が4 μg/ml以上、又は、シプロフロキサシンの感受性ディスク（K B）の阻止円の直径が15 mm以下	喀痰、膿、尿、その他の通常無菌的ではない検体

(※) イミペネム以外のカルバペネム系薬剤により検査を実施した場合は、その検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のアを満たすものとする。イミペネムによる検査と、その他のカルバペネム系薬剤による検査を実施した場合には、いずれかの薬剤の検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のアを満たすものとし、その検査方法を届出のために必要な検査方法とする。

また、シプロフロキサシン以外のフルオロキノロン系薬剤により検査を実施した場合は、その検査により耐性が得られた場合も判断基準のウを満たすものとする。シプロフロキサシンによる検査と、その他のフルオロキノロン系薬剤による試験を実施した場合には、いずれかの薬剤の検査により耐性の結果が得られた場合も判断基準のウを満たすものとし、その検査方法を届出のために必要な検査方法とする。

第7 法第14条第1項に規定する厚生労働省令で定める疑似症

(1) 定義

発熱、呼吸器症状、発しん、消化器症状又は神経症状その他感染症を疑わせるような症状のうち、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、集中治療その他これに準ずるものが必要であり、かつ、直ちに特定の感染症と診断することができないと判断したもの。

(2) 届出基準

指定届出機関の管理者は、当該指定届出機関の医師が、1の定義を満たす者を診察したときは、当該症状が二類感染症、三類感染症、四類感染症又は五類感染症の患者の症状であることが明らかな場合及び感染症法の対象外の感染性疾患であることが明らかな場合を除き、法第14条第2項の規定による届出を直ちにしなければならない。

(3) 注意事項

本届出は、原因不明の重症の感染症の発生動向を把握することを目的としており、当該患者の症状、渡航歴その他の情報を総合的に勘案して、届出を行うものである。

(4) 全般的注意事項

(1) において、当該症状が

ア 感染症法に規定する感染症によるものでないことが明らかな場合は、本届出の対象とはならない。

イ 感染症法に規定する感染症によるものであることが明らかなであり、かつ、いずれの感染症であるかが特定可能な場合には、当該感染症の届出基準に基づき届出を行うこととなるため、本届出の対象とはならない。

3) 検査結果コード表 (基幹定点通報用)

10000	Virus NT	10141	Adeno 41	10822	Coxa. A22
10100	Adeno NT	10142	Adeno 40/41	10824	Coxa. A24
10101	Adeno 1	10143	Adeno 43	10900	Coxa. B NT
10102	Adeno 2	10144	Adeno 44	10901	Coxa. B1
10103	Adeno 3	10145	Adeno 45	10902	Coxa. B2
10104	Adeno 4	10146	Adeno 46	10903	Coxa. B3
10105	Adeno 5	10147	Adeno 47	10904	Coxa. B4
10106	Adeno 6	10190	Adeno 34/35	10905	Coxa. B5
10107	Adeno 7	10191	Adeno 42	10906	Coxa. B6
10108	Adeno 8	10300	Parainf. NT	11000	Echo NT
10109	Adeno 9	10301	Parainf. 1	11001	Echo 1
10110	Adeno 10	10302	Parainf. 2	11002	Echo 2
10111	Adeno 11	10303	Parainf. 3	11003	Echo 3
10112	Adeno 12	10304	Parainf. 4	11004	Echo 4
10113	Adeno 13	10313	Nipah	11005	Echo 5
10114	Adeno 14	10314	Hendra	11006	Echo 6
10115	Adeno 15	10400	RS	11007	Echo 7
10116	Adeno 16	10430	Human metapneumo	11009	Echo 9
10117	Adeno 17	10500	Rhino	11011	Echo 11
10118	Adeno 18	10600	Aichi	11012	Echo 12
10119	Adeno 19	10800	Coxa. A NT	11013	Echo 13
10120	Adeno 20	10801	Coxa. A1	11014	Echo 14
10121	Adeno 21	10802	Coxa. A2	11015	Echo 15
10122	Adeno 22	10803	Coxa. A3	11016	Echo 16
10123	Adeno 23	10804	Coxa. A4	11017	Echo 17
10124	Adeno 24	10805	Coxa. A5	11018	Echo 18
10125	Adeno 25	10806	Coxa. A6	11019	Echo 19
10126	Adeno 26	10807	Coxa. A7	11020	Echo 20
10127	Adeno 27	10808	Coxa. A8	11021	Echo 21
10128	Adeno 28	10809	Coxa. A9	11022	Parecho 1
10129	Adeno 29	10810	Coxa. A10	11023	Parecho 2
10130	Adeno 30	10811	Coxa. A11	11024	Echo 24
10131	Adeno 31	10812	Coxa. A12	11025	Echo 25
10132	Adeno 32	10813	Coxa. A13	11026	Echo 26
10133	Adeno 33	10814	Coxa. A14	11027	Echo 27
10134	Adeno 34	10815	Coxa. A15	11029	Echo 29
10135	Adeno 35	10816	Coxa. A16	11030	Echo 30
10136	Adeno 36	10817	Coxa. A17	11031	Echo 31
10137	Adeno 37	10818	Coxa. A18	11032	Echo 32
10138	Adeno 38	10819	Coxa. A19	11033	Echo 33
10139	Adeno 39	10820	Coxa. A20	11050	Parecho NT
10140	Adeno 40	10821	Coxa. A21	11053	Parecho 3

★：NTはnot typed で未同定の意味

11100	Polio NT	11901	B19	91420	Serratia sp
11101	Polio 1	12000	Inf. A (H1)	91430	Proteus sp
11102	Polio 2	12010	Inf. A NT	00111	Y. enterocolitica
11103	Polio 3	12011	Inf. A H1N1	00112	Y. pseudotuberculosis
11568	Entero 68	12020	Inf. A (H2)	91490	Haemophilus sp
11569	Entero 69	12022	Inf. A H2N2	00301	H. influenzae
11570	Entero 70	12030	Inf. A (H3)	91550	Fusobacterium sp
11571	Entero 71	12032	Inf. A H3N2	91600	Staphylococcus sp
11502	Picornia NT	12050	Inf. A (H5)	00171	S. aureus
11503	Entero NT	12051	Inf. A H5N1	91602	S. epidermidis
11200	Mumps	12203	Inf. B	91610	Peptococcus
11300	HV group NT	12204	Inf. C	91630	Neisseria sp
11301	HSV NT	13000	SARS corona	00321	N. meningitidis
11306	HSV-1	00270	Legionella sp.	00322	N. gonorrhoeae
11307	HSV-2	00271	L. pneumophila	91640	Acinetobacter sp
11303	VZV	00361	Myco. pneumoniae	91670	Peptostreptococcus sp
11302	EBV	20099	Chlamydia sp.	00221	Stre. pyogenes
11556	CMV	20100	Chlam. trachomatis	00222	Stre. agalactiae
11308	HHV 6	20700	Chlam. psittaci	00223	Stre. C
11309	HHV 7	20800	Chlam. pneumoniae	00224	Stre. G
11310	HHV 8	21401	Cox. burnetti	00226	Streptococcus 群不明
11304	Herpes B	21402	Other Ric.	00227	Stre. pneumoniae
11521	Measles	21403	R. prowazeki	00241	E. faecalis
11522	Rubella	21404	R. tsutsugamushi	00242	E. faecium
11552	Rabies	21405	R. japonica	91710	Listeria sp
11553	LCM	91100	Pseudomonas sp	00101	L. monocytogenes
11555	Papova	00281	P. aeruginosa	91720	Propionibacter. sp
11562	Reo NT	91120	Campylobacter sp	91750	Mycobacterium sp
11564	Rota	00161	C. jejuni	00291	M. tuberculosis
11566	Noro	00162	C. coli	00292	M. bovis
11671	Noro G I	00163	C. jejuni/coli	00293	M. avium
11672	Noro G II	00011	Salmonella Typhi	91770	Nocardia sp
11681	Sapo	00012	Salmonella Paratyphi	00331	T. pallidum
11650	Astro NT	00013	Salmonella 02 群	94301	Cryptococcus
11670	SRSV	00014	Salmonella 04 群	00371	C. neoformance
11702	JE	00015	Salmonella 07 群	94303	Candida
11709	Other Arbo	00016	Salmonella 08 群	94304	Candida albicans
11710	Dengue NT	00017	Salmonella 09 群	94498	Pneumocystis sp
11724	West Nile	00043	Salmonella 群不明	94499	P. carinii
11751	Hantaan	91380	Citrobacter sp	00998	その他の原虫・寄生虫
11801	HTLV	91390	Klebsiella sp	00999	その他の細菌
11802	HIV	00311	K. pneumoniae	99999	陰性, Negative
11900	Parvo	91400	Enterobacter sp	00000	検出せず

★；NTはnot typed で未同定の意味

4) 令和6年通知文書一覧

- 令和6年1月17日 「エムボックス 診療の手引き 第1.0版」の周知について
- 令和6年1月17日 かかりつけ患者等に対する風しんの追加的対策に係る協力について（再依頼）
- 令和6年1月18日 エムボックスに関する情報提供及び協力依頼について
- 令和6年1月18日 「第4回福岡県ワンヘルス国際フォーラム」の開催について
- 令和6年2月7日 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律」の一部の施行等について
- 令和6年2月7日 カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）感染症治療薬セフィデロコルトシル酸塩硫酸塩水和物（フェトロージャ点滴静注用1g）の適正使用について
- 令和6年2月22日 福岡県×大阪・関西万博 機運醸成シンポジウム「ワンヘルス、いのち輝く未来へ」の開催について
- 令和6年2月29日 HIV感染防止のための予防内服マニュアルについて
- 令和6年3月14日 麻しんの国内外での増加に伴う注意喚起について（再周知）
- 令和6年3月22日 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項の規定に基づく結核発生届の取扱いについて
- 令和6年3月25日 検疫感染症患者等に係る医療機関との協定等について
- 令和6年4月3日 重症熱性血小板減少症候群（SFTS）ウイルスの患者から医療従事者への感染事例について
- 令和6年4月11日 新型コロナウイルス感染症患者等の公費支援等の終了に伴う請求事務の取扱いについて
- 令和6年4月16日 福岡県感染症予防計画（第5版）の策定について
- 令和6年4月16日 新型コロナウイルス感染症対応にかかる通知及び事務連絡の廃止について
- 令和6年4月17日 入国時感染症ゲノムサーベイランスでの抗原定性検査キットによる検査について
- 令和6年4月18日 新型コロナウイルス総合相談窓口の閉鎖に伴う資料について
- 令和6年4月25日 「エムボックス 診療の手引き 第2.0版」の周知について
- 令和6年5月7日 ダニ媒介感染症の予防啓発及び対策の推進について
- 令和6年5月8日 発生届及び結核の入院・退院届の届出期限の遵守について
- 令和6年5月8日 「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）診療の手引き・第10.1版」の周知について
- 令和6年5月10日 成人の侵襲性細菌感染症に係る研究について
- 令和6年5月10日 先天梅毒対策の啓発リーフレットについて
- 令和6年5月14日 「新型コロナウイルス感染症により亡くなられた方及びその疑いがある方の処置、搬送、葬儀、火葬等に関するガイドライン」の廃止について
- 令和6年5月15日 診療所における新興感染症対策研修の動画・資料公開について
- 令和6年5月29日 風しんの第5期の定期接種に係る委託料の改定について
- 令和6年5月29日 新型コロナウイルス感染症における中和抗体薬の医療機関への配分終了及び所有権の移転について
- 令和6年6月7日 協定締結医療機関の公表について
- 令和6年6月7日 令和6年度 HIV / AIDS出前研修について
- 令和6年6月7日 新型コロナウイルス感染症患者等の公費支援等の終了に伴う令和6年度における請求事務の取扱いについて
- 令和6年6月7日 かかりつけ患者等に対する風しんの追加的対策に係る協力について
- 令和6年6月8日 「こどもの夏かぜ」に関する予防啓発について
- 令和6年6月12日 新型コロナウイルス感染症における中和抗体薬「チキサゲビマブ及びシルガビマブ」の医療機関への配分について（別紙及び質疑応答集の修正）
- 令和6年6月20日 レプトスピラ症の予防啓発について
- 令和6年6月20日 令和6年度院内感染対策講習会について
- 令和6年6月28日 劇症型溶血性レンサ球菌感染症（STSS）について
- 令和6年7月2日 HIV感染防止のための予防内服マニュアルの一部修正について
- 令和6年7月11日 ダニ媒介感染症に係る注意喚起について
- 令和6年7月11日 新型インフルエンザ等対策政府行動計画改定の閣議決定及びHP掲載について
- 令和6年7月11日 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による医療に関する費用の請求に係る公費負担者番号の一覧について」の一部改正について

- 令和 6 年 7 月 16 日 「BDバクテック™血液培養ボトル」の出荷調整に伴う協力依頼について
- 令和 6 年 7 月 16 日 「ハンセン病元患者家族に対する補償金の支給等に関する法律の一部を改正する法律」の公布及び施行について
- 令和 6 年 7 月 25 日 福岡県新興感染症対応力強化事業（協定締結医療機関施設整備事業）費補助金に係る交付申請について
- 令和 6 年 7 月 25 日 福岡県新興感染症対応力強化事業（協定締結医療機関設備整備事業）費補助金に係る交付申請について
- 令和 6 年 7 月 26 日 ヒアりに刺された場合の医療的留意事項について（再周知）
- 令和 6 年 7 月 30 日 人を発病させるおそれがあるものとして厚生労働大臣が指定する病原体等の一部を改正する件の公布について
- 令和 6 年 8 月 8 日 新型コロナウイルス感染症に係る医療提供体制について
- 令和 6 年 8 月 19 日 令和 6 年度厚生労働省委託事業「重症患者診療体制整備事業」におけるECMO・人工呼吸器管理研修の実施について
- 令和 6 年 8 月 19 日 オロプーシェ熱に関する情報提供及び協力依頼等について
- 令和 6 年 8 月 21 日 夏季休暇の海外渡航者に対する感染症予防啓発について
- 令和 6 年 8 月 22 日 令和 6 年度HIV感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業「支援チーム派遣事業」の実施について
- 令和 6 年 8 月 23 日 エムボックスに関する情報提供及び協力依頼について
- 令和 6 年 8 月 23 日 「重症熱性血小板減少症候群（SFTS）診療の手引き2024年版」等の周知について
- 令和 6 年 8 月 23 日 手足口病に関する注意喚起について
- 令和 6 年 9 月 2 日 世界的なポリオ根絶に向けた、不必要なポリオウイルスの廃棄について
- 令和 6 年 9 月 2 日 急性弛緩性麻痺の情報提供について
- 令和 6 年 9 月 3 日 新興感染症対策研修への補助について
- 令和 6 年 9 月 13 日 ダニ媒介脳炎に関するリスクアセスメントについて
- 令和 6 年 9 月 13 日 4種混合ワクチンから5種混合ワクチンへの切り替えについて
- 令和 6 年 9 月 17 日 令和 6 年度結核予防週間について
- 令和 6 年 10 月 1 日 カルバペネム耐性腸内細菌目細菌（CRE）感染症の治療薬（フェトロージャ点滴静注用1g）の適正使用に関するアンケート調査について
- 令和 6 年 10 月 3 日 令和 6 年度の「風しんの追加的対策」にかかる対応について
- 令和 6 年 10 月 7 日 「ワンヘルスフェスタ2024」の周知について
- 令和 6 年 10 月 16 日 2025年日本国際博覧会（大阪・関西万博）開催に伴う感染症サーベイランスの取組強化について
- 令和 6 年 10 月 16 日 新型コロナウイルス感染症患者等の公費支援等の終了に伴う令和 6 年度における請求事務の取扱いについて（その2）
- 令和 6 年 10 月 17 日 デング熱の国内感染が疑われる症例の発生について
- 令和 6 年 10 月 17 日 ルワンダ共和国におけるマールブルグ病に係る注意喚起について
- 令和 6 年 10 月 18 日 協定締結医療機関における医療機関等情報支援システム（G-MIS）を用いた協定に基づく措置の実施状況等の報告について
- 令和 6 年 10 月 21 日 医療用物資の配布（特別配布）に係る配布希望調査について
- 令和 6 年 10 月 29 日 新型コロナウイルス感染症対応日本医師会休業補償制度について
- 令和 6 年 10 月 29 日 マイコプラズマ肺炎に関する注意喚起について
- 令和 6 年 11 月 1 日 マイコプラズマ肺炎増加に関する学会からの提言について
- 令和 6 年 11 月 1 日 高病原性鳥インフルエンザが疑われる事例の発生について
- 令和 6 年 11 月 14 日 エムボックスの発生届の感染症サーベイランスシステムへの入力について
- 令和 6 年 11 月 15 日 ワンヘルス宣言事業者登録制度に関する登録及び周知依頼について
- 令和 6 年 11 月 26 日 麻しんの国内での報告数増加に伴う注意喚起について（協力依頼）
- 令和 6 年 11 月 30 日 「ヘニパウイルス感染症 診療指針」の周知について
- 令和 6 年 11 月 30 日 令和 6 年度今シーズンのインフルエンザ総合対策の推進について
- 令和 6 年 12 月 2 日 麻しん患者の発生について
- 令和 6 年 12 月 16 日 野生動物における重症熱性血小板減少症候群ウイルス抗体保有状況調査結果（令和 4 年度）について

- 令和 6 年12月16日 **【最終案内】** 新型コロナウイルス感染症患者等の公費支援等の終了に伴う令和 6 年度における請求事務の取扱いについて
- 令和 6 年12月16日 医療措置協定の措置に係る協定締結医療機関の運営の状況等の報告開始について
- 令和 6 年12月23日 HPVワクチンのキャッチアップ接種に関する注意喚起について
- 令和 6 年12月23日 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則の一部を改正する省令の施行について
- 令和 6 年12月23日 乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチンの今後の供給見通し等について
- 令和 6 年12月23日 厚生労働省「令和 6 年度動物由来感染症対策技術研修会」について
- 令和 6 年12月23日 ノロウイルスの感染症・食中毒予防対策について
- 令和 6 年12月23日 抗インフルエンザウイルス薬等の安定供給について
- 令和 6 年12月23日 インフルエンザウイルスを検出する体外診断用医薬品の添付文書等の自主点検について
- 令和 6 年12月26日 年末年始の海外渡航者に対する感染症予防啓発について
- 令和 6 年12月28日 インフルエンザ警報について

令和6年福岡県結核・感染症発生動向調査事業資料集編集委員

青 木 知 信	(総括・小児科・眼科・基幹定点疾病)
岡 田 賢 司	(小児科疾病)
池 松 秀 之	(内科・小児科・基幹定点疾病)
濱 砂 良 一	(性感染症)
原 田 英 治	(結核)
田 中 義 人	(統計・検査の総括)
石 田 浩 二	(全数把握対象感染症)
稲 光 毅	(担当理事)
宗 宏 伸	(担当理事)
伊 藤 重 彦	(担当理事)

福岡県結核・感染症発生動向調査事業資料集
令和6年(2024年)

令和7年3月発行

非売品

発 行 福岡県結核・感染症発生動向調査委員会

事務局 福岡県医師会

〒812-8551 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号
福岡県医師会館4階

TEL 092-431-4564

FAX 092-411-6858

e-mail fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp

<https://www.fukuoka.med.or.jp>

印 刷 株式会社 瞬報社